

Saúde e educação médica - Voltando ao caminho pela Medicina de Família.

Marcello Dala Bernardina Dalla

O vínculo que te prende a tua verdadeira família
não é de sangue, mas de respeito e prazer mútuo

R. Bach

Resumo

As concepções atuais da saúde e da educação em saúde, começaram a se conformar ainda no século XVI. No século XX considera-se como marcante a influência do relatório Flexner para definitiva incorporação do hospital como eixo do aprendizado e da prática médica. Entre os caminhos trilhados para romper o distanciamento na relação médico-paciente, bem como o resgate do ambiente natural de cura, destaca-se a medicina de família, que busca a atenção ao indivíduo e não somente às suas doenças.

Abstract

The current health's conceptions and health education, still conformed in XVI's Century. Flexner report, was the most important document, in the earlier XX's Century, it's define the definitive hospitals incorporation as the axle of the learning and the practical medicine. Today there are some ways to break the distance in the patients and medical relations, as well as the rescue of the natural environment of cure, as the family medicine, who aims the individual and its family attention but not only its illnesses.

Palavras chaves:

**MEDICINA COMUNITÁRIA
MEDICINA FAMILIAR
EDUCAÇÃO MÉDICA**

Key words:

**COMMUNITY MEDICINE
FAMILY PRACTICE
EDUCATION, MEDICAL**

Saúde e doença

A Organização Mundial de Saúde (OMS), tornou bem conhecida sua concepção de saúde, considerando ser um completo bem estar físico, mental e social, que nos remete à lógica do estado de bem-estar, conceito aplicável à economia, mas que é insuficiente para questões da vida. HUDSON, citado por HEGENBER (1998, p. 29) ironiza tal conceito quando diz que "(...) isso mais parece um estado comatoso do que saúde".

O binômio saúde/doença seria aparentemente simples de ser entendido, caso no mundo houvesse apenas doenças infecciosas; pois sabe-se que as grandes epidemias do século XVIII e XIX, com sua alta mortalidade geraram um pavor na população de modo que até os dias de hoje a febre, manifestação mais evidente da patologia infecciosa, provoca preocupação, mesmo que as principais causas de morte sejam outras (acidentes de trânsito e domiciliares, além da violência). Incoerente tal atitude em preocupar-se muito mais com a elevação de temperatura, que é uma defesa do organismo e a negligência ao se programar uma simples viagem de fim-de-semana.

Apesar das várias visões paralelas e de culturas que coexistem e coexistiram no planeta, as concepções de saúde e de doença na educação médica ocidental, são fortemente influenciadas pela visão do corpo como máquina, cujo entendimento das partes explica o todo, e a correção de uma "peça" ou órgão que não funciona bem, gera melhoria em todo o ser humano. Tal visão teve uma rica construção histórica, que hoje é insuficiente entender e explicar a complexidade do binômio saúde-doença.

Segundo FONTES (1999) os descobrimentos ajudaram a dismantlar concepções seculares, pois até o Renascimento, superpunha-se que os elementos de ciência e magia, como sendo parte do movimento que conduzia a medicina às ciências naturais e à experimentação. Segundo a medicina galênica, qualquer tratamento partia do princípio da cura por purgação, até na sífilis com o uso do mercúrio, a salvação decorrente deste, funcionava como purga. Já com o quinino, que foi levado para a Europa por Jesuítas que aprenderam a usá-lo com os índios no Peru isso não se aplicava, era simplesmente um medicamento que tratava uma doença; algo estava lentamente mudando e, de fato, começava-se a deixar de lado uma tradição tão antiga como a história do Ocidente. Mas como é comum na história, isso não se dava como uma ruptura total, basicamente o que se desenhava era uma forma extremamente prática de se ver o mundo e conseqüentemente as doenças, relações de causa e efeito, de um tratamento, um remédio, para

o que faz mal e tem-se a cura, voltando ao equilíbrio original.

Como nada acontece por mero acaso do destino, é fundamental para se entender a medicina moderna, destacar – se 3 expoentes dessa época, cujas contribuições FONTES (1999), condensa com propriedade:

O primeiro foi Francis Bacon (1561 – 1626), que propôs um método empírico-indutivo, o qual defendia a observação exaustiva dos fenômenos, extraindo-se deles leis e princípios da natureza, vinculando a necessidade de se realizar experimentos para obter conclusões gerais.

René Descartes (1596 – 1650), para quem a unidade de tudo estava na razão separada da matéria e comparava o corpo humano a uma máquina, e o doente era como um relógio defeituoso, o homem passou a ser dois, corpo e alma, o que era interessante tanto para a Igreja, como para ciência. Também trouxe a concepção do conhecimento das partes, denominada reducionismo, para entender o todo. Entende – se que “O método de Descartes é analítico, dualista, mecanicista e reducionista” (FONTES, 1999, p. 31).

E por fim, Isaac Newton (1642 – 1727), que sintetizou o método de Bacon, ou empírico-indutivo, com o de Descartes, ou dedutivo-analítico. “O ideal da ciência passa a ser a descrição objetiva da natureza” (FONTES, 1999, p. 33).

As bases da clínica moderna foram plantadas nesse período, destacou-se a figura de Thomas Sydenham (1624 – 1689), conhecido como o “Hipócrates Inglês”, que como este, valorizava a observação clínica. Sydenham deixou grandes descrições de doenças como a febre reumática e a coréia que levam até hoje seu nome. “Sydenham exaltava a história natural da doença. Por exemplo, a febre quartã: “(...)começa sempre no outono; segue um curso definido (...); calafrios, seguidos por sensação de calor e, ao final, transpiração profusa.”. Previsível e classificável; como as plantas, as doenças deveriam ser agrupadas por seus aspectos essenciais. Isto estava de acordo com uma época eminentemente classificatória” (SCLAR, 1996).

Estudos bem fundamentados, levados a termo por FOUCAULT (1998, Prefácio p. X), confirmam que a medicina moderna tem sua gênese em fins do século 18, utilizando as bases citadas anteriormente. Nessa época, reorganizou-se o olhar sobre o sofrimento humano, e passou-se a descrever, pelas mãos dos clínicos dessa época, o que “ (...) permanecera abaixo do visível e do enunciável”. Completando esse raciocínio SCLAR (1996) refere que, sob esse olhar iluminado, a doença adquire um novo sentido, o que é facilitado pelo surgimento do hospital moderno, que passa de receptor de rejeitados, a instituição oficialmente aceita de lugar de cura, de devolução do indivíduo para a sociedade, bem de acordo com o capitalismo mercantil e com a ideologia burguesa, legitimada posteriormente pela Revolução Francesa.

Aprofundando-se esse olhar, percebe-se que persiste ainda hoje a concepção que o leito do hospital, é o local disponível e aceito culturalmente para cura, bem como para a aprendizagem da medicina pois coloca o doente como sujeito a ser cuidado e a doença, enquanto objeto de estudo, em excelentes condições para observações; não é por coincidência que a palavra clínica vem do grego klinos, leito.

Porém tal modelo, promove uma ruptura radical e hoje imperceptível, pois ao permanecer no hospital, no dizer de FOUCAULT (1998), ocorre o distanciamento do local natural em que vivem as pessoas, suas comunidades e famílias, criando-se um ambiente artificial, longe do *locus* de convivência com fatores que desencadeiam a doença, mas que têm a chave para o processo de recuperação e cura.

O citado distanciamento, ocorre também entre o médico e o ser humano a ser cuidado, ao incorporar-se cegamente a tecnologia à medicina. Tome – se como exemplo a descoberta de René-Théophile-Hyacinthe Laennec (1781 – 1826) ; à época, a ausculta pulmonar era feita, encostando-se diretamente o ouvido ao tórax do paciente; tendo que examinar uma jovem paciente, e sendo muito tímido, fez então um cilindro de cartão, que foi o precursor do estetoscópio. Ao mesmo tempo que ampliou um dos sentidos de percepção do médico, fulminou a proximidade que existia entre ambos, que de forma mais intensa ou não, esse distanciamento, foi sendo incorporado pela profissão ao longo da secular evolução tecnológica na área de saúde. Quanto mais se criam aparelhos para ampliar a percepção, mais o médico se distancia da essência do ser humano.

Evidente que o progresso oferecido à época, buscava melhorias nas condições de saúde, mas não dispensa reflexões como feita por LANDMANN, citado por FONTES (1999, p. 39), que alertou para os riscos da despersonalização da prática médica de forma dramática:

“Apesar da natureza clara desses fatos, a partir do século passado [refere – se ao século XIX], o médico deixou de se preocupar com as causas sociais das doenças, sendo o enfoque da medicina individual. A capacidade e funções legais do médico, e para isso ele é instruído e moldado, é dizer apenas se o paciente tem ou não determinada doença, diagnosticá-la, curá-la ou preveni-la, no âmbito individual. O enfoque da medicina é biológico: pesquisar e tratar, dentro dos limites estreitos e definidos dos fenômenos biológicos e específicos, ignorando os estigmas sociais e morais inerentes às doenças.”

Comprando qualidade de vida ?

Um evento marcante, foi a descoberta, através de Robert Koch, do agente causal da tuberculose, que fortalece toda essa base ideológica bem como suas críticas. No seu trabalho ele incluiu postulados que seriam seguidos, para caracterizar um microorganismo como causador de doenças:

“ a) o agente deve ser sempre encontrado em portadores da enfermidade;

- b) o agente não deve ser encontrado em casos de outras doenças ou no estado de completa higidez;
 - c) o agente deve ser cultivado em laboratório e produzir doença quando inoculado em animal;
 - d) deste animal deve ser recobrado".
- (SCLIAR, 1996, p. 52 - 53).

Tal modelo funciona muito bem para o caso de um agente causal e em doenças infecto contagiosas mas pouco aplicável no caso de problemas como violência e acidentes que múltiplos fatores estão envolvidos. Porém utiliza - se essa matriz de interpretação para todas as situações, o que torna frustrante o trabalho do profissional de saúde, que tem poucas respostas usando esse raciocínio linear.

Os trabalhos de Koch, abriram caminho para pesquisa e posteriormente uso intensivo dos antibióticos e ao controle das infecções e, por conseqüência, das epidemias, a humanidade respirava aliviada, ao mesmo tempo, era um momento em que o medicamento recebia uma forte carga simbólica, em acordo com LEFÈVRE (1991) "há que se entender a saúde como um bem de consumo, algo inesgotável a ser consumido, não encontrado no próprio corpo humano mas fora dele, podendo ser comprado em farmácias, alimentos saudáveis, nos consultórios médicos e planos de saúde. Abriu-se, em definitivo, a visão da saúde como um negócio, por sinal, altamente rentável.

Referindo-se a alguns conceitos largamente usados, VOLTAS (1996), recorda que em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só ausência de doenças". Desde então, o termo qualidade de vida tem na medicina um sentido de ausência de dor ou sofrimento, passou a fazer parte do discurso de políticos e toda a sociedade, como no caso do Presidente Estadunidense Lyndon Johnson, que em 1964, afirmava que os objetivos que perscrutava não podiam ser medidos em expressões numéricas apenas, mas sim em termos de qualidade de vida.

A defesa da saúde como sinônimo de qualidade de vida é cada vez mais popular, porém, VOLTAS (1996) recorda que a mensuração do que é qualidade de vida é extremamente complexa, como afirmar que melhorou ou não a qualidade de vida de uma população, mesmo que se utilizem indicadores epidemiológicos, demográficos ou econômicos, há limitações históricas dessas medidas. Além do que na concepção de saúde, o termo **estado**, é relativamente incompatível com a vida, por si mesma condição dinâmica, constantemente alterável e alterada. Surge o conflito ao se perceber que não há como adquirir, ou comprar, algo efêmero como a própria vida.

A fragmentação do procedimento médico em tabelas de pagamento, também influenciou a descaracterização a relação médico - paciente. A medicina se resumia a consultas em ambulatório e hospitalização, em certo momento com a alta incorporação tecnológica, foi necessário criar mecanismos de remuneração para quem realizava exames complementares, começou-se a diferenciar os procedimentos, em valores, de acordo com a complexidade. No mesmo sentido de consumo, a explosão da indústria farmacêutica com uma forte propaganda, influência a prescrição médica e induz a auto - medicação, com lançamento de drogas ineficazes e de

alto custo, que nem sempre respeitam as necessidades e o perfil epidemiológico das populações.

Reforçando esse fato, de 1223 drogas lançadas no mercado entre 1975 e 1997, conforme BOULARD (2001), apenas treze são voltadas para o tratamento de doenças tropicais e cinco resultam de pesquisa veterinária. Essa situação fica dramática em países extremamente empobrecidos, como no caso da doença do sono, em forte recrudescimento, transmitida pela mosca tsé-tsé, mata 150 mil pessoas por ano, principalmente na África. Para tratá-la, existe um remédio, lançado em 1985, logo deixado de produzir, pela baixa rentabilidade e somente 15 anos depois foi possível disponibilizá-lo, graças ao esforço dos Médicos sem Fronteira.

Como constatou, numa conferência em 1999 a doutora Gro Harlem Brundtland, diretora-geral da OMS: "Mais de um milhão de pessoas chegarão ao século XXI sem ter se beneficiado da revolução sanitária". Conforme BOULARD (2001), há pouco interesse em mudar esse quadro, dramaticamente reproduzido nas palavras de Bernard Lemoine, diretor-geral do Sindicato Nacional da Indústria Farmacêutica Francesa, que "Em seu escritório (...) não esconde sua irritação frente à campanha das associações sobre o tema. Procura ressaltar as ações positivas dos laboratórios: redução pontual de preços, concessão de drogas não utilizadas, ajuda a fundações. Sua conclusão é, no entanto, inapelável: 'Não vejo porque se exigiriam da indústria farmacêutica sacrifícios especiais. Ninguém pede à Renault que dê carros a quem não tem.'" (BOULARD, 2001, p.3)

Para contradizer os defensores do alta incorporação de tecnologias duras, paradoxalmente, o custo da medicina aumentou em 100% nas últimas décadas, mas a mortalidade caiu apenas 5% nos países desenvolvidos (FONTES, 1999, p. 105), a ineficácia é identificada em função das seguintes constatações:

- "Reaparecimento de doenças supostamente erradicadas (cólera, dengue, febre amarela, etc.);
- Recrudescimento de doenças consideradas sob controle (tuberculose, hanseníase, sífilis, etc.);
- Intervenções sanitárias irresolúveis para milhões de pacientes portadores de doenças potencialmente graves (malária, doença de chagas, esquistossomose etc.);
- Surgimento de novas doenças (AIDS, síndrome do choque tóxico estafilocócico, endocardite de prótese valvular, etc.);
- Novas formas de transmissão de doenças (citomegalovirose e toxoplasmose, por transfusões e transplantes, e outras);
- Crescimento exponencial das doenças crônicas degenerativas (cardio-vasculares, neoplásicas, reumáticas, etc.) e iatrogênica (provocadas por intervenção médica, como a enterocolite pseudomembranosa e a síndrome de Cushing, induzida, respectivamente, pelo uso de antimicrobianos e corticosteróides);
- Elevado número de doenças adquiridas em ambiente hospitalar (infecções diversas, provocadas principalmente por bacilos entéricos gram-negativos, pseudomonas e estafilococos);
- Aparecimento de doenças ligadas às alterações do estilo de vida e do ambiente (diarréia por criptosporídeo, febre purpúrica, viroses respiratórias, etc.);
- Altas taxas de mortalidade infantil".

Mesmo com tanto investimento e aparente evolução, finda-se o século XX e apesar do limite biológico imposto à espécie, fixado como pouco acima dos 100 anos, recebeu pouco incremento durante milênios, porém, apesar das críticas ao modelo biomédico, a esperança de vida ao nascer, tem sofrido substanciais acréscimos nas últimas décadas. Esse indicador utilizado em saúde pública, conforme MORAES, citado por ROUQUAYROL (1999), é o termo utilizado em estatística vital para designar o número de anos que ainda resta para ser vivido pelos indivíduos que sobrevivem até a idade considerada.

Para exemplificar, o homem pré-histórico vivia em torno de 18 anos, na Grécia e Roma antigas, entre 20 e 30 anos, e pouco se modificou na idade média e renascença. No Brasil entre os anos 1930 e 1940 era pouco acima dos 40 anos, e, quem nasceu no final do século XX, viverá em média muito próximo dos 70 anos. Enfim, desde que o homem começou sua trajetória na Terra, poderia viver acima dos 100 anos, porém somente agora consegue essa proeza.

Lamentavelmente muitas populações ainda não se beneficiaram dessa evolução, pois não tiveram acesso às condições sanitárias e nutricionais, que permitiriam tal salto na esperança de vida. Tais condições que têm um custo muito baixo, geram muito mais impacto coletivo que a incorporação tecnológica representada por exames e medicamentos de alto custo.

Com os grandes avanços, devido às pesquisas dos séculos anteriores, a educação médica teve necessidade de se adequar às evoluções. A vigésima centúria é marcada, logo em seu início, pelo Relatório Flexner (1). FONTES (1991) recorda que o pesquisador, foi patrocinado pela Fundação Carnegie e em seu famoso Relatório, datado de 1910, concluiu que das escolas médicas na América do Norte, 115 na época, apenas 20% adotavam o modelo Newtoniano-Cartesiano como modelo de educação, que era amplamente aceito no meio científico à época. Em resumo, Flexner defendia um currículo mínimo de 4 anos com sólida formação em ciências básicas e a aprendizagem em hospitais com corpo docente formado por especialistas, filiação das escolas médicas à Universidade e a incorporação da pesquisa nos planos de ensino. O corpo humano é descrito segundo os sistemas e órgãos independentes. O impacto foi tão grande que mudou radicalmente a maneira de ensinar e praticar a medicina, e de outros cursos da área de saúde e mais que isso, a concepção ocidental de saúde e doença. Os principais impactos para a medicina são sentidos até hoje: (FONTES, 1991, p.110)

- “O emprego de verbas significativas, provenientes das grandes corporações americanas, a fim de fomentar a pesquisa de novas tecnologias e novos medicamentos, estabelecendo-se assim, forte vínculo entre a medicina e as indústrias de equipamentos médico-hospitalares e farmacêuticas;
- A uniformização e a padronização dos atos médicos, sustentados na tecnologia muito sofisticada e na terapêutica cirúrgica e medicamentosa;
- A pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial;
- A supervalorização da medicina de caráter curativo e hospitalar centrada no indivíduo;

- A assistência obstétrica realizada somente nos hospitais;
- A dissociação das preocupações sociais das práticas médicas, já que a medicina é ciência biológica, e não social;
- Fechamento das escolas médicas que não se enquadrassem no modelo proposto;
- A exclusão da totalidade do organismo, resultado da fragmentação curricular e da criação das diversas especialidades médicas;
- A valorização do especialista como fonte de maior perícia.”

Pelo fato do hospital ser o eixo do modelo Flexneriano, restava ao profissional médico, quando formava, atuar no ambiente em que foi educado e onde se sentia seguro, pois foi o que viu na faculdade, não mais nas casas, no meio das famílias e em muitos casos ainda hoje é a única opção visível. Portanto é muito forte a concepção biológica de abordagem do processo saúde-doença, fundamentada no método positivista, em que há rara ênfase nos outros aspectos, sobretudo culturais, familiares, sociais e econômicos, como determinantes do processo. Isso gera uma abordagem fragmentada do indivíduo, bem como a resolução de problemas se dá prioritariamente no plano biológico. (CINAEM, 2000)

O modelo centrado na doença relegou a um plano inferior a família, as casas e a comunidade, e conseqüentemente o ambiente que propiciava a doença e a cura, o qual FOUCAULT (1998, p. 18), tratou de elucidar, mesmo parecendo contraditório, quando disse que, (...) o lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho de afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade; o médico de hospital só vê doenças distorcidas, alteradas, toda uma teratologia do patológico (...).

Voltando ao caminho

As resistências a esse modelo, dito Flexneriano, ecoam no Brasil e, no final dos anos 70 e início da década de 80 surgiu a proposta de se reorganizar tanto o ensino médico brasileiro, como a prática da profissão, partindo de propostas dos Estados Unidos e Canadá, surgiram tentativas de redefinição geral de formação do médico generalista ou de família, ainda que no âmbito da pós-graduação ou residência médica, com a implantação de programas em Medicina geral e comunitária e Medicina preventiva e social, que fortaleciam o treinamento fora dos hospitais, mas incluindo esses como campo de estágio, com uma carga horária bem mais reduzida em relação a outras especialidades.

Data do início da década de 1970 a proposta de MEDICINA COMUNITÁRIA e, segundo DONNANGELO e PEREIRA citado por BATISTA (1998, p. 26), seria nada menos que: "... a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, importando a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos de atenção à saúde. Apresentava-se, igualmente, como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades que devem ser solucionadas, tanto como resposta ao princípio do direito à saúde, como por sua significação para o processo de desenvolvimento social."

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 pelo Ministério da Saúde provocou uma demanda de profissionais com qualificações específicas, não supridas em quantidade e qualidade, pelas faculdades e programas de residência médica disponíveis no país. Os profissionais envolvidos no PSF buscaram, então, aprimorar seus conhecimentos na área, através da revisão de seus conhecimentos e de suas práticas, baseando-se em experiências de outros países. Em Curitiba, por exemplo, se estabeleceu num primeiro momento parceria com a Universidade de Toronto, trazendo o "Curso Básico de Saúde da Família" o qual capacitou monitores que replicaram o curso em vários estados brasileiros. Mais recentemente, também em Curitiba, desenvolveu-se parceria com o Hospital Italiano de Buenos Aires, através do curso de especialização em Medicina de Família, o "PROFAM", que também formou multiplicadores; este curso também já é replicado em outros estados.

Apesar de ter uma história de pelo menos vinte e cinco anos, essas propostas ainda não geraram o impacto esperado, por uma série de entraves desde natureza política ou administrativa, além da falta de recursos. Um dos motivos pode ser evidenciado no quadro 1, que mostra as diferenças entre os modelos educativos, mesmo sendo um esquema para facilitar a compreensão, ressalta as necessidades de mudança, que deveriam iniciar - se desde a graduação.

O Relatório da UNESCO diz que a educação deve organizar-se à volta de quatro aprendizagens fundamentais, que serão ao longo da vida, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento (BATISTA, 1998, p. 107):

- Aprender a conhecer;
- Aprender a fazer;
- Aprender a viver juntos;
- Aprender a ser.

HOSSNE citado por BATISTA (1998, p. 40) comenta que as "(...) mudanças epidérmicas do conteúdo e forma, acréscimos e "enxertos" improvisados de temas não são mais suficientes, se é que alguma vez foram realmente suficientes (mesmo quando autenticamente buscados)". Afirmo ainda que na constante busca, um novo paradigma deve compreender que "a medicina não é ciência biológica e sim uma ciência humana com base na biologia".

Apesar de tantas evidências e sendo tão promissora, a o conceito de prevenção, invariavelmente utilizada por profissionais de saúde pública e cada vez mais incorporada aos currículos de graduação e pós - graduação, não pode ser tomada como panacéia e precisa de reflexões cada vez mais profundas, pois "Os interesses da saúde pública estão geralmente isolados da educação e da prática médicas, as quais são severamente desequilibradas pela excessiva ênfase dada aos mecanismos biológicos. Muitas questões que são fundamentais para a saúde - como nutrição, emprego, densidade populacional e habitação - não são suficientemente discutidas nas escolas de medicina; por conseguinte, há pouco espaço para assistência preventiva à saúde na medicina contemporânea. Quando os médicos falam de prevenção de doenças, fazem-no freqüentemente considerando a estrutura mecanicista do modelo biomédico, mas as medidas preventivas, nesse âmbito tão limitado, não podem, é claro, ir muito longe. John Knowles, presidente da Fundação Rockefeller, diz francamente: 'Os mecanismos biológicos básicos da maioria das doenças comuns ainda não são suficientemente conhecidos para que se tomem medidas preventivas e acertadas.'"(CAPRA, 1982, p. 133-134).

A medicina de família estabeleceu - se como proposta bem definida de prática médica centrada no indivíduo, mas não há fórmulas mágicas. Todos que hoje defendem novas concepções baseadas no modelo de prevenção, muito têm que aprofundar na busca infundável do conhecimento, para que existam cada vez mais profissionais qualificados e que contribuam para que as pessoas vivam plenamente suas vidas.

Quadro 1 – Modelos de educação médica

MODELO INOVADOR	MODELO TRADICIONAL
Centrado no aluno	Centrado no docente
Uso de recursos educacionais múltiplos e relevantes	Uso de exposições – repetitivo
Avaliação formativa contínua	Avaliação somativa
Considera qualidades pessoais e estilos. Promove a destreza educacional	Não dá espaço ao indivíduo
Auto-aprendizagem, Uso de opcionais	Programas estabelecidos
Integra conceitos	Seqüencial, impositivo
Organizado em grupos	Individualizado
Baseado em necessidades prioritárias de saúde e atenção primária	Centrado no hospital <i>Centrado em patologias</i>

Fonte: VENTURELLI citado por BATISTA (1998, p. 39).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, N. A. ; SILVA, S. H. S. da. *O Professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação*. São Paulo: Loyola, 1998.
- BULARD, M. Rumo ao apartheid sanitário? *Le Monde Diplomatique*. v.3, n. 2, ano1, Ed. brasileira. Traduzido por Rubia Prates Goldoni. Disponível em: <http://www.diplo.com.br>. Acesso em : 17 fev. 2001.
- CAMPOS, G. W. de S. *Educação Médica e Serviços de Saúde*. In: COMISSÃO INTERSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. *Preparando a transformação da educação médica brasileira*: projeto CINAEM III fase : relatório 1999-2000 / CINAEM ; organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho do Santos. Pelotas: UFPel, 2000.p.78 – 84.
- CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1992. Traduzido de: The turning point.
- _____. *A Teia da Vida*. Tradução: Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Cultrix. 1996. Tradução de: The web of live.
- COMISSÃO INTERSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO - CINAEM. *Avaliação do Ensino Médico no Brasil*. [S.L.], 1997.
- _____. *Transformando a educação médica brasileira*. [S.L.], 1998.
- _____. *Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira*: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000 / CINAEM; organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho do Santos. Pelotas: UFPel, 2000. Disponível em <http://www.abem-educmed.org.br/> Acesso em 24 out. 2001.
- FONTES, O. L. *Educação Biomédica em Transição Conceitual*. Piracicaba: UNIMEP, 1999.
- _____. *Além dos Sintomas*: superando o paradigma saúde e doença. Piracicaba: UNIMEP, 1995.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Tradução: Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. Tradução de Naissance de la clinique.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista da Associação Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: v. 25, n.1, jan / abr 2001. p. 7 – 19.

LEFÈVRE, F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SAGAN, C. **O Mundo Assombrado por Demônios: a ciência vista como uma vela no escuro**. Tradução: Rosaura Eichemberg. São Paulo: Companhia das letras, 1996. Traduzido de The demon – haunted world.

SCLIAR, M. **Cenas Médicas: pequena introdução à história da medicina**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS, 1996.

VOLTAS, D. Algunas consideraciones éticas en torno al concepto "calidad de vida" como criterio para asignación de recursos sanitarios. In: **DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ESCASOS Y OPCIONES SANITARIAS, I.**, 1995, Barcelona. **Distribución de Recursos Escasos y Opciones Sanitarias**. Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 1996, p.57 – 67.

WILSON, L. (Ed.); WAGNER, H. L. (Trad.). **Trabalhando com Famílias**. Curitiba: [s.n.]. [199-].

NOTAS:

- (1) **Abraham Flexner**, Educador e Professor de Grego, contratado pela Fundação Carnegie, efetuou estudo sobre as escolas médicas da América do Norte. Entre 1904 e 1910, visitou nos

EUA e Canadá, as 160 escolas existentes, sendo fechadas até 1930 aquelas 94 que não se adequaram às recomendações. Seu relatório, conhecido como "Relatório Flexner", foi seguindo rigorosamente.

- (2) Os dois primeiros programas foram implantados em 1976, Em Porto Alegre na Unidade São José do Murialdo, ligada a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente-RS e outro na Universidade Federal de Pernambuco. (LAMPERT, 2001).

Marcelo Dala Bernardina Dalla
Médico de Família e Comunidade, Mestre em educação, Professor do Internato em Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES – EMESCAM.

Endereço para correspondência:
Marcello Dala Bernardina Dalla
R. José Teixeira n. 165 / 303
Bairro: Praia do Canto
CEP 29 055 - 310
Vitória – ES
Fones (27) 92987475 ou 3224 5178
E – mail: mdala@furb.br