

**ANDRÉ INOCÊNCIO CESA**

**PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
MEDICINA DA UFSC SOBRE A CONCEPÇÃO SAÚDE DOENÇA DAS  
PRÁTICAS CURRICULARES**

**Florianópolis, 2004**

**ANDRÉ INOCÊNCIO CESA**

**PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
MEDICINA DA UFSC SOBRE A CONCEPÇÃO SAÚDE DOENÇA DAS  
PRÁTICAS CURRICULARES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa  
Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso**

**Orientador: Luiz Roberto Agea Cutolo**

**Florianópolis, 2004**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

### **BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:** Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

**1º (ª) Examinador(a):** Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

**2º (ª) Examinador(a):** Prof. Eliane Trevisan

### **Palavras-chave:**

- 1- Conceção Saúde Doença
- 2- Educação Médica
- 3- Currículo

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que não tornou o caminho mais fácil, mas me levou pelas mãos durante a caminhada.

A meus queridos pais, Dilnei e Lane, dos quais me orgulho e nos quais me espelho, por fazerem da família o meu maior refúgio, por abdicarem dos próprios sonhos para realizar os meus e por estarem incondicionalmente ao meu lado.

Ao professor Cutolo, não apenas por dividir comigo seu conhecimento e sabedoria tornando possível a realização deste trabalho, mas principalmente por mostrar-se um verdadeiro amigo me incentivando sempre.

Aline, por alegrar os meus dias, compartilhar meus sonhos e ajudar a torná-los realidade.

Seu Antônio, Dona Delina e Dona Vitalina, meus queridos avós, que sempre me apoiaram, sem receber nada em troca a não ser meu carinho e gratidão.

Antônio, irmão querido, por ser acima de tudo um amigo fiel.

Aos 8 colegas que participaram deste trabalho, por me emprestarem seu tempo e suas idéias.

Aos amigos que trago no coração desde a infância e aqueles que conquistei durante a caminhada.

Dona França, que guardo em minhas melhores lembranças.

Tia Liege, por contribuir para a realização deste trabalho desde o início.

Aos meus familiares.

A turma med 98.2.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo a análise da percepção dos alunos da 11<sup>a</sup> fase do curso de graduação em medicina da UFSC, matriculados no segundo semestre do ano de 1998, sobre a visão do processo saúde-doença ensinada e praticada na universidade e sua relação com a concepção saúde-doença do SUS.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas, com análise temática de conteúdo de fala, sendo o universo formado por uma amostra intencional de 8 alunos.

Após a caracterização da concepção saúde-doença almejada pelo SUS, baseada no tripé biológico, higienista-preventivista e social, e da concepção saúde-doença vigente nos currículos universitários e no cotidiano da prática médica, baseada essencialmente na visão biológica, foi destacada a necessidade de mudança da educação médica, como meio de implementação do SUS como realidade prática.

A análise dos depoimentos demonstrou que os alunos do curso têm consciência de que sua formação é biologicista, mecanicista, tecnicista, fragmentária, desconectada da realidade epidemiológica nacional e despreocupada do enfoque social, e que a concepção saúde-doença da instituição de ensino influencia a visão dos profissionais por ela formados. Os participantes demonstraram acreditar que a transformação da educação médica é a base de sustentação da modificação das práticas médicas atuais.

## ABSTRACT

The present study, carried out with students enrolled in the eleventh semester (started in 1998 ) of the medicine course at UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), aims to analyse students' perception of the health-disease process vision, taught and practiced at the university, and its relationship with SUS (Sistema Único de Saúde) conception of health-disease. The study is based on a qualitative approach, carried out through semi-structured interviews with a thematic analysis of speech content in a universe formed by an intentional sample of 8 (eight) students. First, it characterizes the conception of health-disease, which is based on a biological tripod—preventative-hygienist and social, aimed for SUS, and the conception of health-disease, which is essentially based on a biological vision, present in university curriculums, as well as in everyday medical practice. Then it brings out the necessity of a medical education change, implementing SUS as a practical reality. The results show that students of medicine course are aware that their education is biologist, mechanistic, technicist, fragmentary, disconnected from the national epidemiological reality, and unconcerned about social focus, and also that the educational institution conception of health-disease influences the vision the professionals graduated from it have about the process. Subjects participating in the study believe that the change in medical education is the supportive basis for the current medical practices modification.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. PROCEDIMENTO DE PESQUISA.....	18
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
5. REFERÊNCIAS.....	35
6. ANEXO.....	38
7. APÊNDICE.....	40

## INTRODUÇÃO

O estudo proposto diz respeito à relação paradoxal existente, entre a concepção saúde-doença ensinada nas escolas médicas e praticada pela grande maioria dos profissionais médicos e aquela vislumbrada pelo sistema de saúde vigente no país, problematizada através da visão do aluno do curso de graduação em medicina da UFSC.

Sabe-se ser necessária a implementação de uma visão mais ampla e integradora do processo saúde-doença, tanto nas universidades quanto no cotidiano dos profissionais para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se estabeleça na prática, da mesma forma como é previsto na teoria.

Neste contexto, torna-se indispensável o entendimento da organização e dos preceitos do SUS, da prática médica hegemônica, do ensino nas universidades e da formação médica e da contradição gerada pelas diferentes concepções saúde-doença estabelecidas, para que observando-se a visão dos alunos, se possa reivindicar as mudanças necessárias na educação médica no Brasil.

### **Sistema Único de Saúde (SUS)**

A constituição de 1988 considera a saúde, um direito do cidadão e dever do estado, e amplia seu conceito para além da simples ausência de doença, vislumbrando-a como um bem estar físico, mental e social que se traduz por um aumento da qualidade de vida com acesso a serviços, alimentação, transporte, saneamento básico, associando-se em uma visão mais ampla a outros indicadores de bem estar social, como acesso à educação, moradia e lazer.

A incompatibilidade entre as práticas de saúde vigentes e aquelas ambicionadas pela nova ordem social, traduzida em fatores como desintegração do sistema de saúde, centralização excessiva, recursos financeiros insuficientes, cobertura assistencial inadequada para a população, insatisfação dos profissionais da saúde com salários e políticas de recursos humanos, falta de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde e baixa qualidade dos serviços oferecidos, levou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).



O SUS, foi originado em 1988 embasado pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira, criada em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (SOARES, 2003), e consiste em...

... “um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada.” (artigo 4º lei federal 8.080)

O SUS constitui-se em um sistema, no sentido de apresentar-se como um conjunto de unidades, serviços e ações interativas em prol de um bem comum, sendo único por seguir os mesmos princípios organizacionais e doutrinas em todo o território nacional, sob responsabilidade do governo tanto em instância federal quanto estadual e municipal. Esta doutrina é baseada nos princípios da universalidade, através do qual todos, independentemente de diferenças sociais ou pessoais tem direito ao atendimento; da equidade, em que todo o cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme sua necessidade, devendo-se tratar desigualmente os desiguais; e o da integralidade, em que o serviço de saúde deve atender o indivíduo como um todo, biológica, psicológica e socialmente com ações voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura. (SCAFF, 1998)

Segundo SCAFF (1998), o SUS é regido por diversos princípios organizacionais, sendo eles:

- regionalização e hierarquização - as ações de saúde devem ser direcionadas para as condições específicas da região de atuação, havendo também uma hierarquização conforme o nível de complexidade de atendimento, sendo o nível primário o da Unidade Básica de Saúde representada pelos Postos de Saúde da Família, o secundário representado pelos Centros de Especialidades e o terciário pelos Hospitais de Referência.
- Resolutividade - os problemas individuais ou coletivos, conforme seu grau de complexidade, devem contar com um sistema preparado para resolve-los, sendo que conforme o Ministério da Saúde o grau de resolutividade no nível primário deve ser de 80%, no secundário de 15% e no terciário de 5%.

- Descentralização - a responsabilidade pelas ações de saúde devem estar distribuídas entre os diversos níveis do governo, sendo que a maior proximidade do sistema em relação ao problema, denota uma maior chance de resolução.
- controle social - garantia constitucional de que a população terá participação na formulação e gestão das políticas de saúde.
- complemento do setor privado - no caso de insuficiência do setor público, deve-se contratar serviços privados para atender a população.

### **Prática Médica Hegemônica<sup>1</sup>**

Indo de encontro a esta nova visão determinada pelo SUS, está a prática médica hegemônica.

Sabe-se que o modelo sócio-econômico atual, neoliberal, globalizado, socialmente excludente, baseado no capitalismo selvagem, e centrado no individualismo, culto ao corpo, idéia generalizada de que “tudo é negócio”, e que tudo se converte em mercado devendo submeter-se a suas leis de oferta e procura, influenciou substancialmente as práticas médicas, levando a queda do humanismo e dos valores tradicionais da medicina, repercutindo na desvalorização da relação médico paciente. (STORINO, 2003)

CAMARGO JR. (1999) afirma que, após o surgimento da “medicina científica”, tendo como marco a incorporação da anatomia patológica no arsenal técnico-científico, a doença passou a ter um conceito de “fenômeno vital”, como expressão de lesões celulares, sendo que esta tornou-se a “categoria central da prática médica”.

Ainda neste contexto, observou-se uma evolução tecnológica monumental, seguida paralelamente pela evolução da indústria farmacêutica, associadas a um embasamento da ciência médica em outras ciências básicas como a biologia e a física, fazendo com que a evidência biológica anatômica, dependente da alta tecnologia e da medicalização, desse aos

---

<sup>1</sup> Entenda-se por hegemonia,

*“...poder político garantido pela dominação (coerção), mas também pela direção intelectual e moral (consenso); capacidade de formular uma proposta à partir de um determinado grupo social, mas que, conseguindo adesão de outros grupos, se transforma em projeto comum, superando os corporativismos e as propostas antagônicas.” (ALMEIDA, 1996, p. 14)*

órgãos do corpo do indivíduo, maior valor objetivo para a medicina que a própria pessoa. Assim, o biologicismo estabeleceu-se como o paradigma fundamental e praticamente exclusivo da prática médica em detrimento dos aspectos sociais e psicológicos que passaram a figurar apenas no plano empírico. (STORINO, 2003)

Sendo assim, a prática médica hegemônica caracteriza-se pelo uso excessivo de exames complementares e dos demais meios tecnológicos, levando a superespecialização dos profissionais e a altos custos com saúde, desvalorização da subjetividade do paciente e do médico e pelo hospitalocentrismo, levando ao declínio do humanismo e consolidação da doença como núcleo principal da atividade médica, com a distorção do conceito de saúde. (CAMARGO JR, 1999; ALBANESE, 2000; CUTOLO, 2001)

Esta prática médica baseada apenas na doença, impele ao diagnóstico e ao tratamento a obrigação de identificar e combater as causas desta, e simplifica a definição de saúde para apenas, a ausência de patologias (CAMARGO JR, 1999), disseminando a crença de que *“um indivíduo são é um paciente insuficientemente estudado.”* (STORINO, 2003, p.3, minha tradução).

As práticas médicas descritas são apoiadas pela educação médica, traduzindo-se hegemonicamente na estruturação dos currículos das instituições de ensino.

## **A Formação Médica**

A educação médica é o processo de formação do profissional médico, através do acúmulo e sistematização do conhecimento e habilidades para aplicação em sua vida profissional. Ela deve capacitar o profissional a interagir com a população, adequando-se ao contexto social, às condições de trabalho e às práticas de saúde vigentes no país, no intuito de preservar a saúde, evitar doenças e tratá-las quando necessário. (UFRGS, 2002 b)

Para que haja uma otimização da educação médica, segue-se nas instituições de ensino, uma base metodológica que propicia o planejamento de estratégias no sentido de adequar o aluno aos desafios impostos pela profissão e à condição social da comunidade. Para que o método seja cumprido e as estratégias sejam seguidas, as instituições de ensino norteiam-se pelo currículo, que consiste em...

...“um conjunto de matérias e métodos de ensino-aprendizagem de um curso, organizadas numa seqüência lógica de experiências supervisionadas, decorrentes do contexto cultural e da natureza da área de conhecimento envolvida, que assumem a configuração formal de disciplinas ou estágios a serem desenvolvidas cooperativamente por professores e alunos visando o desenvolvimento da competência para o exercício da profissão” (UFRGS, 2002 b, p.1)

CUTOLO (2001) referindo-se à obra de Apple e Giroux, lembra que constitui currículo, todo o conjunto de práticas do núcleo formador que contribuem ao processo educacional, seja ele formal ou oculto. Acrescenta ainda, que currículo não é um empreendimento neutro, mas carregado de valores.

O currículo desenvolvido atualmente na maioria das escolas médicas, proporciona uma abordagem do processo saúde-doença semelhante a da prática médica hegemônica, legitimando-a como processo, e assumindo uma posição antagônica ao SUS. Este currículo fundamenta-se em uma visão predominantemente biológica, sendo que a abordagem individual é tecnicista, não humanista, com pouca ênfase na relação médico-paciente e muita na tecnologia (CINAEM, 1997, CAMARGO JR, 1999, CUTOLO, 2001, STORINO, 2003), contribuindo também para a perda do humanismo, o fato de a educação desenvolver-se principalmente em hospitais (ALBANESE, 2000, CUTOLO, 2001). Os conteúdos ensinados, são desconectados da realidade nacional, demonstrando uma “... *falta de integração das escolas médicas com os problemas de saúde locais...*” (CINAEM, 1997, p. 5), e a maioria dos professores desenvolvem práticas biologicistas, sendo superespecializados, com um entendimento topográfico da origem das doenças (encarando o indivíduo como a soma das partes). (CUTOLO, 2001)

Visto que o curso de graduação em medicina, na maioria das instituições de ensino do país, norteia-se por este padrão biologicista, tecnicista e fragmentário, são inseridos no mercado de trabalho profissionais com a mesma visão biológica, tecnicista e fragmentária desenvolvida em suas escolas, demonstrando-se despreparados para o tipo de medicina encontrada além da esfera acadêmica. A formação destes profissionais reflete-se em um modelo assistencial hegemônico reducionista e incompatível com as ações públicas de saúde idealizadas pelo SUS.

## **Contradição Formação - Prática - SUS**

A contradição entre a base teórica do SUS e os modelos de formação de profissionais médicos e de assistência médica vigentes no país, reside na concepção do processo saúde-doença estabelecida em cada uma das três esferas citadas, sendo que a educação médica e as práticas profissionais não compactuam da visão ambicionada pelo SUS.

Além dos princípios e diretrizes do SUS, citados anteriormente, pode-se dizer que as práticas cotidianas, no sistema do sistema, pressupõem uma visão integradora da concepção saúde-doença. Promoção, proteção e recuperação da saúde tem como correlatos aproximados, a determinação social, o higienismo-preventivismo e o biologicismo, respectivamente (CUTOLO, 2001). Ainda, segundo CUTOLO (2001) modificado, podemos entender as concepções saúde-doença, como se segue:

- Higienista-preventivista – sustenta-se teoricamente em conceitos multicausais, trabalha com variáveis, tem uma noção importante de meio, na gênese da doença e na manutenção da saúde, e concentra sua prática na prevenção e higiene.
- Social - sustenta sua prática no entendimento da doença e saúde enquanto processo, determinado socialmente, produto da estrutura econômica e sua atenção não é individual, mas junto a comunidades.
- Biológica – fundamenta seus conteúdos numa visão mecanicista e biológica, que atende a demanda individual, tem uma visão fragmentada do ser humano, enfatiza a doença e mobiliza sua atenção a práticas curativas.

Em contrapartida, o modelo de formação e assistência médica, é baseado na doença e transformou o médico em um técnico, com visão exclusivamente biológica e tecnocrata, o paciente, em um corpo doente que precisa ser curado, e a medicina em geral em um negócio baseado nas leis de mercado. (STORINO, 2003)

*“... o pensamento médico atual vive o curioso paradoxo de considerar objetivo o que é, em essência, uma abstração – a doença, enquanto relega ao espaço secundário da subjetividade aquilo que é especificamente humano no adoecer, o sofrimento dos pacientes.” (CAMARGO JR., 1999, p. 7)*

Ainda, segundo STORINO (2003), a crise da medicina não deve ser encarada como um problema apenas econômico, que pode ser resolvido pelo gerenciamento adequado de recursos financeiros, e sim, como uma crise do modelo médico, que substitui a relação médico-paciente pelos interesses tecnológicos e farmacológicos.

A nova visão sugerida pelo SUS, é uma forma de encarar o processo saúde-doença, não apenas do ponto de vista assistencial-terapêutico, mas sobretudo, sob o prisma de ações de prevenção/proteção à saúde, promoção de saúde e assistência à saúde, integrando as concepções em relação ao processo saúde-doença de forma igualitária. Sendo assim, para que o SUS funcione efetiva e eficientemente, é necessário que os profissionais médicos e as instituições de ensino, transponham a barreira dos conceitos teóricos, implementando estes conceitos no cotidiano da vida profissional, adquirindo um papel essencial na construção e manutenção da saúde da população.

### **Necessidade de Mudança**

A condição básica para o funcionamento adequado do SUS é a inserção do profissional médico no âmago de suas atividades. Mas, indo de encontro à política de saúde desenvolvida atualmente, está a inadequação da educação médica, que não contempla as práticas médicas necessárias ao bom andamento do sistema de saúde implantado no país. Esta incompatibilidade entre a demanda profissional e a oferta educacional é o ponto crucial de discussão da educação desenvolvida nas instituições de ensino médico, tornando a implementação de mudanças nos currículos das escolas de medicina e a instituição de práticas médicas compatíveis com o contexto dos novos paradigmas em saúde, temas que exigem debate em caráter emergencial.

Entende-se por mudança, “*as alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos da educação médica*” (ALMEIDA, 1999, p. 8)

Ainda segundo ALMEIDA (1999), as mudanças ocorrem em três planos de profundidade, classificados em:

- Inovações (plano fenomênico) - são mudanças superficiais da educação médica, sendo pontuais, localizadas, particulares e parciais, resultando em alterações isoladas de processos, conteúdos ou relações técnicas entre agentes e processo de

ensino. O plano das inovações desenvolve-se paralelamente ao modelo hegemônico respeitando suas concepções.

- Reforma (plano das acumulações humanas) - busca substituir dimensões mais abrangentes do processo de formação do médico por outras que envolvem algum grau de re-interpretação das bases do modelo hegemônico. Além das relações técnicas, alteram também as relações sociais entre os sujeitos envolvidos (médicos, pacientes, comunidade).

- Transformação (plano estrutural) - as mudanças introduzem uma nova ordem no processo de formação de médicos e em suas relações com a estrutura sócio-econômica, englobando todos os aspectos da concepção saúde-doença. Ela envolve alteração do processo de produção de conhecimento, a construção de novos paradigmas e os determinantes histórico-sociais. Pressupõe alteração das relações políticas entre sujeitos sociais e atores institucionais<sup>2</sup>, além da inovação das relações técnicas com a criação de modelos contra-hegemônicos.

Há uma relação de interdependência entre os três planos, mas cada um deles possui autonomias, não constituindo-se necessariamente em estágios seqüenciais do processo. Para que haja uma transformação, ocorre um jogo de poderes entre as estruturas tradicionais dominantes e estáveis, e os modificadores da realidade estabelecida, os quais apontam os problemas e as causas que sustentam a necessidade de mudança, sendo o modelo alterado em função da maior influência exercida pelos últimos. Mas a questão preponderante neste caso é o potencial de adequabilidade das instituições de ensino e se estas estão preparadas para transformar seus paradigmas tão fortemente arraigados, em um modelo mais atual, moderno e desafiador.

Consciente da necessidade destas mudanças e na procura de uma solução para a desarticulação entre as políticas públicas de saúde e as de ensino médico, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o que lhe é garantido constitucionalmente, ou seja, começou a intervir diretamente na formação dos profissionais da área da saúde através de parcerias com o Ministério da Educação (MEC), buscando a compatibilização entre questões educacionais e

---

<sup>2</sup> sujeito social – relacionado a pessoas físicas, individuais ou coletivas  
ator institucional – relacionado a pessoa jurídica (ALMEIDA, 1996)

mercado de trabalho e a solidificação dos conceitos vigorantes desde a Constituição de 1988 entre os profissionais médicos, já desde o início da sua formação.

Os currículos empregados nas instituições de ensino médico do país, vêm sendo amplamente analisados e discutidos nos últimos anos, no sentido de realizarem-se mudanças, para que estas instituições atinjam simultaneamente os objetivos de excelência técnica e ação social na formação de seus profissionais. Este processo de adequação dos cursos de medicina tem suporte substancial em ações desenvolvidas pelo MEC como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as quais substituirão o currículo mínimo facilitando a transformação das escolas; a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM); o projeto Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação, que avalia as escolas médicas através da visita de consultores à instituição, o Exame Nacional de Cursos (“provão”) que avalia os alunos graduandos do curso através de uma prova escrita; e também pelo Ministério da Saúde com a criação do PROMED, que trata-se de uma proposta de apoio às escolas médicas que, voluntariamente desejem adequar seu currículo a situação vigente no sistema de saúde do país. (MEC/SESU, 2001 a; MEC/SESU, 2001 b; UFRGS, 2002)

Sabe-se ainda, que é do SUS a responsabilidade pela formação de recursos humanos em saúde, e que ações isoladas como as supracitadas vem sendo superadas por um mecanismo integrador das políticas de formação destes recursos. Este mecanismo foi instrumentalizado pela criação dos Pólos de Educação Permanente, que são responsáveis pela proposição e formulação de políticas relativas à formação e educação permanente dos profissionais da área da saúde, com uma perspectiva locorregional, descentralizada e intersetorial, amparada nos princípios e doutrinas do SUS. (MS, 2003)

As mudanças curriculares desenvolvidas nas instituições de ensino médico são uma maneira eficiente de alterar o modelo de medicina vigente no país, pois modificam a visão e a abordagem em relação à saúde, dos profissionais por ela formados.

“A Universidade não tem o poder de transformar o sistema de saúde... Todavia, pode atuar no sentido de colaborar para a sua conservação ou para a sua transformação, mediante a sua liderança e a legitimação técnico-científica que pode dar ao processo.” (RODRIGUEZ NETO, 1996, p.74)

Sendo assim, deve-se investir em meios para otimizar o potencial de mudança existente em cada instituição de ensino e no intuito de instituir transformações dos cursos de



graduação em medicina, é necessário problematizar a educação médica vislumbrando a formação do profissional tecnicamente capaz, mas convicto da importância de suas ações para o bem estar social da população.

### **Visão do Aluno e Objetivo do Trabalho**

É importante salientar que até hoje, toda a reforma ou transformação realizada nos currículos de graduação em medicina foi instituída sem que se consultasse efetivamente os alunos do curso, que consistem nos principais afetados por tais alterações. Até mesmo publicações referentes às concepções dos acadêmicos sobre práticas curriculares, dificilmente são encontradas na literatura.

Segundo WALTRICK (2001), os alunos de graduação em medicina da UFSC, até a 9ª fase, tem suas concepções sobre o processo saúde-doença influenciadas apenas pela visão reducionista predominante no currículo do curso, confundindo os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças, excluindo a sociedade do processo de construção de saúde e reproduzindo conceitos de saúde decorados (conceito da OMS).

Sendo assim, a 11ª fase foi escolhida como base para este estudo, pois a realização de debates no decorrer da 10ª fase, durante o Internato em Saúde Coletiva, proporciona aos alunos a oportunidade de expor suas idéias, frustrações e realizações em relação ao curso, suas percepções relativas à estruturação e aplicação do currículo durante as nove fases anteriores e seus conhecimentos relativos ao mercado de trabalho e ao sistema de saúde vigente no país. Estes debates são orientados para uma visão plural do processo saúde-doença, e demonstram que as opiniões são diversas, mas como encontram-se ainda na esfera do senso comum é necessária uma problematização do assunto através da interpretação do aluno, para que não haja apenas uma imposição de regras e modelos, mas um consenso, objetivando atingir as necessidades do sistema de saúde do país pela reestruturação, sistematização e transformação dos cursos de medicina.

No intuito de que os objetivos supracitados sejam atingidos com mais qualidade e aplicabilidade, este estudo pretende apresentar uma análise das concepções dos acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, atualmente cursando o sexto ano, sobre o modelo saúde-doença desenvolvido como prática curricular, durante sua formação acadêmica, relacionado a necessidade de sua adequação aos novos paradigmas do

SUS, não objetivando esgotar o assunto, mas sim, dispor uma nova base de dados na literatura com a perspectiva de colaborar na elaboração de novas políticas educacionais.

## 2 - PROCEDIMENTO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas, com análise temática de conteúdo de fala.

Teve como sujeitos, alunos da 11<sup>a</sup> fase do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), matriculados no segundo semestre do ano de 1998. Foi escolhida a 11<sup>a</sup> fase, pois supostamente, à partir da 10<sup>a</sup> fase os alunos possuem bom embasamento teórico científico sobre os conteúdos ensinados durante o curso e conhecimento relativo das condições do mercado de trabalho, podendo assim, analisar com maior propriedade a necessidade de ampliação da concepção saúde-doença nas escolas médicas e na prática médica, para a que haja a implementação dos conceitos pregados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O universo de estudo é composto por uma amostra intencional de 8 participantes, sendo este número delimitado pela exaustão dos dados, observada à partir da sexta entrevista. A amostra é intencional, pois o autor considera importante a exposição de exemplares que tenham uma maior reflexão sobre a concepção do processo saúde doença e suas implicações na vida profissional do médico e no desenvolvimento de políticas de saúde e formação de recursos humanos para o SUS, compondo uma massa crítica reflexiva sobre esta temática. Esta escolha se baseou no ano e semestre de matrícula dos alunos (1998.2), fase cursada (11<sup>a</sup>), participação em debates, observada especialmente durante a realização do Internato em Saúde Coletiva, e na aceitação dos termos da pesquisa, não considerando idade, sexo, raça, naturalidade, procedência dos participantes ou qualquer outro parâmetro.

Foi elaborado um projeto de pesquisa, encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CE), sendo aprovado em outubro de 2003.

Os 8 participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e procedimentos empregados, sendo que todos aceitaram participar do estudo. Foram então submetidos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) sugerido pelo CE da UFSC, e após consentimento e assinatura do termo, foram incluídos no estudo. Foi permitida a desistência dos participantes em qualquer fase do estudo, mediante contato telefônico ou via e-mail com o pesquisador principal, sendo que não houve desistências.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre os meses de outubro (a partir da aprovação do projeto pelo CE) e dezembro do ano de 2003, em horários e locais escolhidos pelos participantes conforme adequação pessoal (todos os participantes

foram entrevistados na casa do pesquisador principal, no período da tarde durante os intervalos das atividades curriculares do curso), tendo um tempo médio de duração de 40 minutos. Foram instrumentalizadas por um questionário semi-estruturado com questões abertas (apêndice 1) previamente elaborado, sujeito a ampliação livre conforme possibilidade de maior aprofundamento dos temas no decorrer de cada depoimento, sendo o conteúdo de fala registrado com gravador portátil em fitas cassete, transcrito para folhas de papel comum e analisado segundo 3 categorias problematizadas previamente estabelecidas: concepção saúde-doença ensinada na UFSC, espaços de ensino utilizados e relação conteúdo-realidade epidemiológica, que consistiram na base temática da entrevista, bem como da discussão dos depoimentos quando confrontados com a literatura. Foi oferecida aos participantes a oportunidade de analisar a transcrição de seus depoimentos, para certificação de que estavam de acordo com suas entrevistas.

Como fonte de análise comparativa foram incluídos documentos do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), bem como revisão da literatura, referentes a educação médica, práticas médicas e organização e funcionamento do SUS.

Os dados foram arquivados no arquivo pessoal do pesquisador principal, sendo seu acesso supervisionado pelo mesmo, bem como pelo pesquisador responsável. Os nomes dos sujeitos foram omitidos na pesquisa, sendo os depoimentos identificados na discussão pela abreviatura **inf** (de informante) seguida dos números **1** a **8** (segundo a ordem na qual foram concedidos os depoimentos).

A pesquisa proposta não pretendeu beneficiar diretamente aos entrevistados, mas sim aos acadêmicos do curso de medicina em geral, pois as informações contidas na mesma poderão servir como base para a aplicação de estratégias de ensino para o curso.

Visto haver literatura escassa descrevendo a concepção do aluno sobre o currículo da graduação e sua relação com o SUS, bem como pelo fato de as estratégias de mudança curricular não levarem em conta as opiniões dos alunos, também a comunidade científica será indiretamente beneficiada.

Já a sociedade será beneficiada pelo aumento da capacitação e qualidade dos profissionais atuantes na comunidade decorrentes de uma maior adequação do ensino médico à realidade da medicina praticada no país.

### 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### **Categoria 1 - Concepção saúde-doença**

Tendo como raiz histórica o desenvolvimento científico das ciências básicas ocorrido na segunda metade do século XIX, e presenciando uma situação caótica nas escolas médicas do país, a Associação Médica Americana (AMA), com o objetivo de consolidar a prática da “medicina científica”, promove uma avaliação da educação médica nos Estados Unidos, operacionalizada pela Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, na pessoa de Abraham Flexner.

No ano de 1910, após estudar a situação das escolas médicas, Flexner apresenta um relatório que entrou para a história com seu nome (Relatório Flexner), surgindo então o modelo flexneriano de medicina e educação médica. (MAUER, 2000).

Este modelo caracteriza-se basicamente por uma visão biologicista (usa-se a biologia como única ciência que fundamenta o estudo da medicina), mecanicista (procura-se descobrir “como” as coisas ocorrem no corpo humano e não o “porquê”), e tecnicista (tornando o ato médico um ato técnico), sendo individualista e desinteressado do contexto social e da realidade emocional. (MAUER, 2000)

Este modelo inspirou a estruturação dos cursos de medicina dos Estados Unidos por aproximadamente sete décadas, tornando-se hegemônico mundialmente e principalmente nas escolas médicas da América Latina, após a Segunda Guerra Mundial.

“Considera-se que após a Segunda Guerra Mundial, o número de professores latino-americanos formados nos Estados Unidos aumentou consideravelmente e, gradualmente, a influência do modelo Flexneriano foi se fazendo sentir mais e mais nas melhores escolas médicas da América Latina, é lícito, portanto, falar em paradigma flexneriano para referência ao modelo dominante.” (CHAVES, 1996, p.25)

*“Entenda-se por paradigma um modelo que se busca para planejar qualquer atividade, ensino médico no nosso caso.”* (MARCONDES, 1998, p. 93)

Esta relação de aproximação do modelo de estrutura curricular dominante com o Relatório Flexner, pode ser percebido na seguinte afirmação:

**inf 1** – *“A Universidade encara a doença como um processo binário, baseado em uma relação de causa e efeito, acho que por influência do modelo flexneriano que é seguido.”*

O Relatório Flexner, indubitavelmente tem grande importância para a educação médica dentro do contexto histórico no qual ele foi criado. O conceito saúde-doença está intimamente ligado a determinantes sócio-histórico-culturais, portanto...

*“... a conceituação do processo saúde doença é condicionada pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de existência.”*  
(SOUZA & OLIVEIRA, 2002, p.1)

Entretanto atualmente, é necessário afastar o reducionismo por ele imposto, da prática médica cotidiana, pois a complexidade do processo saúde-doença não permite um modelo único, mas um modelo embasado no “tripé” formado pelas concepções higienista-preventivista, social e também pelo biologicista. (CUTOLO, 2001)

De fato, existe uma marcada influência do Relatório Flexner nos currículos das instituições de ensino médico, sendo 3 das suas características destacadas nos depoimentos dos informantes: unicausalidade, patocentrismo e biologicismo.

**inf 1** – *“A Universidade encara a doença como um processo binário, baseado em uma relação de causa e efeito...”*

*“A visão da Universidade é baseada no diagnóstico e tratamento das doenças.”*

**inf 4** – *“A visão geral da Universidade é voltada para o tratamento das doenças... ..falando-se pouco de saúde e de medicina preventiva.”*

**inf 7** – *“...a maioria das disciplinas vê o processo saúde-doença como unicausal, dando ênfase apenas na parte da doença, fazendo desta a visão predominante no curso.”*

**inf 8** – *“A Universidade vê a doença como um fato isolado, que não tem inter-relação com nada além do fator biológico.”*

- **Unicausalidade:** **inf 1** - “processo binário”, “relação de causa e efeito”; **inf 7** - “como unicausal”

A epidemiologia, em seus primórdios, foi influenciada pela unicausalidade da determinação de doenças, principalmente após o desenvolvimento da microbiologia no final do século XIX. (WALDMAN & ROSA, 2004)

A teoria unicausal afirma que, “... *cada doença tem o seu agente etiológico e a cura se dá a partir de sua descoberta e combate químico.*” ... (SOUZA & OLIVEIRA, 2002, p. 4)

Então, o agente etiológico é o principal personagem do processo saúde-doença, comportando-se como único desencadeador do processo e alvo da intervenção médica clínica. Esta concepção consolida a visão mecanicista como dominante. (SOUZA & OLIVEIRA, 2002)

Atualmente, toma força a concepção de que o processo saúde-doença não pode ser entendido através dos reducionismos unicausais. (WALDMAN & ROSA, 2004). Considere-se a saúde então, como...

“... *uma experiência de bem estar resultante do equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social.*” (SOUZA & OLIVEIRA, 2002, p. 7)

Esta conceituação, inclui várias dimensões do processo saúde-doença: “*individual, social, econômica e cultural ...*”, “*transcende as atuais fronteiras disciplinares e rompe com a visão mecanicista...*” (SOUZA & OLIVEIRA, 2002, p. 7). De qualquer forma, no âmbito da Saúde Coletiva pode-se tomar a sociedade não apenas como fator, mas como determinador.

- **Patocentrismo (nosocentrismo): inf 1** - “*diagnóstico e tratamento das doenças*”; **inf 4** - “*tratamento das doenças*”; **inf 7** - “*ênfase apenas na parte da doença*”

O modelo hegemônico atual, também chamado biomédico, baseia suas práticas na medicina curativa, limitando-se ao diagnóstico e terapêutica, não levando em consideração a prevenção e a reabilitação e sugere que: “*O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta.*” (FLEXNER, 1910, p.72)

Este modelo, “privilegia a doença e a morte contra a *saúde* e a vida.” (Arouca apud VALVERDE, 2003 p. 2)

Ainda segundo Arouca, a medicina curativa é, “...centrada na terapêutica e descuida-se da prevenção da ocorrência, o que leva ao encarecimento da atenção médica e a torna irracional ...” (Arouca apud VALVERDE, 2003, p. 3)

A forma ideal de abordagem do processo saúde-doença seria através de intervenções baseadas na prevenção de doenças e promoção de saúde, afastando da prática médica o patocentrismo, ou seja, deixar a medicina curativa para um plano posterior na complexidade do atendimento à população.

- **Biologicismo: inf 8** - “doença como um fato isolado”, “fator biológico”

A visão biologicista sugere que:

*“O corpo humano pertence ao mundo animal. É a soma de tecidos e órgãos na sua estrutura, origem e desenvolvimento... ele cresce, reproduz-se, deteriora-se, de acordo com leis gerais. Ele está sujeito a ser agredido por agentes biológicos e físicos hostis.”* (FLEXNER, 1910, p.53); sendo as leis gerais citadas, “...as leis gerais da biologia...” (FLEXNER, 1910, p.65)

No final do século XIX, com o desenvolvimento da “teoria do germe” (germes são a causa biológica das enfermidades infecciosas) por Ehrlich, Kock e Pasteur, associado à derrota dos movimentos sociais revolucionários, a visão biológica do processo saúde doença sacramentou-se como soberana, deslocando assim a teoria social e afastando também a visão higienista- preventivista, resultando no surgimento da medicina científica, já mencionada anteriormente. (CUTOLO, 2001)

Este “descobrimto” da microbiologia, e implementação da visão biológica do processo saúde-doença, alterou consideravelmente a abordagem das doenças pelos profissionais médicos.

“... os primeiros anatomopatologistas recusavam-se a especular sobre causas do adoecer, julgando-as impossíveis de se conhecer; mais tarde, com o desenvolvimento da microbiologia, num primeiro momento se supôs que praticamente todas as doenças seriam fruto da atividade de microorganismos.” (CAMARGO JR, 1999, p.7)

A bacteriologia afastou a medicina dos determinantes econômicos, sociais e políticos, consolidando o biologicismo como base de sustentação da medicina científica. (BARATA, 1985)



Segundo MARCONDES (1998), o paradigma do ensino médico atual, vigente em quase todas as escolas médicas brasileiras, é Biocêntrico (o corpo do paciente é desdobrado em sistemas, órgãos, tecidos e moléculas), sendo baseado no relatório Flexner.

De fato, a visão biologicista é dominante na UFSC, sendo que as visões higienista-preventivista e social tem ainda papel pouco expressivo no currículo do curso de graduação em medicina, sendo abordadas apenas durante o Internato em Saúde Coletiva, implantado na instituição em 1998. (CUTOLO, 2001)

Segundo ARMSTRONG (1995), a presença de muitas causas biológicas é influenciada por fatores psicossociais, que precisam ser igualmente compreendidos para o entendimento das doenças.

Nas últimas décadas o modelo biomédico hegemônico vem sendo amplamente debatido e criticado, e a exigência da ampliação da visão do processo saúde-doença, acrescida dos conceitos preventivista e social, demonstra-se cada vez maior, no intuito de que o paciente seja visto pelo médico como um ser humano completo, inserido em um meio social e econômico, influenciado pelo estado emocional e psicológico e também suscetível a fatores biológicos. Neste contexto, a prevenção das doenças tem importância semelhante ou até mesmo superior ao tratamento das mesmas.

Esta exigência é observada mundialmente, não se excluindo o Brasil, visto que órgãos nacionais e internacionais responsáveis pelo exercício da medicina e pela estruturação da educação médica, como por exemplo a World Federation of Medical Education (WFME, 1990), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1976; 1994), o Ministério da Educação do Brasil (MEC, 2001), e o Ministério da Saúde do Brasil (MS, 2003), recomendam a adequação de profissionais e instituições de ensino a este novo paradigma.

Como já citado anteriormente, o próprio SUS, é exemplo teórico desta nova concepção saúde-doença, e para que ela se estabeleça na prática médica, a mudança dos valores em relação ao processo saúde-doença, deve iniciar-se pelas escolas formadoras dos profissionais que integrarão este sistema.

Em seus depoimentos, os informantes concordaram com a inadequação observada também na literatura, afirmando que o curso de graduação em medicina da UFSC apresenta a seus alunos uma concepção exclusivamente biológica do processo saúde-doença, com ênfase no ensino de enfermidades e tratamentos, afastando o aluno do exercício da prevenção de doenças em pacientes saudáveis e do entendimento da relação saúde-doença enquanto processo determinado socialmente.

## **Categoria 2 – Locais de Ensino**

**inf 1** – “A minha formação foi basicamente hospitar com pacientes internados, e pouca experiência ambulatorial.”

**inf 4** – “A minha formação foi basicamente no espaço hospitalar. Na segunda fase do curso tivemos uma oportunidade rápida de conhecer uma comunidade carente...”

**inf 6** – “O espaço utilizado para a aprendizagem foi sempre o hospital, sendo que apenas durante a décima fase do curso tivemos contato com um espaço diferente que foi o centro de saúde.”

Todos os informantes (sendo selecionadas 3 frases como exemplo) relataram ser o Hospital Universitário, o principal espaço utilizado para a educação prática no curso de graduação em medicina da UFSC, havendo pouca disponibilidade de tempo da grade curricular para outro espaço de ensino, como o centro de saúde, seguindo o modelo hegemônico e corroborando com o relato de MARCONDES (1998) e CAMARGO JÚNIOR (1999), que afirmam que o modelo de ensino dominante, baseia-se no hospitalocentrismo (o aprendizado deve se dar em enfermarias de hospitais universitários).

Também de acordo com os depoimentos prestados, CUTOLO (2001) enfatiza que o hospitalocentrismo, é dominante durante o internato do curso de graduação em medicina da UFSC.

ALBANESE (2000) afirma que o espaço utilizado para ensino das práticas médicas, influencia o grau de humanismo desenvolvido pelos estudantes de medicina, sendo que o modelo hospitalar gera um declínio do humanismo, que era inerente aos alunos nas fases iniciais do curso.

A hospitalização da educação, também aproxima o aluno da visão tecnocêntrica dominante, enfatizada por STORINO (2003), e confirmada pelo Projeto CINAEM (1997), diminuindo ainda mais a humanização da relação médico-paciente.

*“A supervalorização da tecnologia ocorrida na medicina aproximou o paciente das máquinas e o afastou dos médicos.”* (CUTOLO, 2001, p. 180)

Os depoimentos dos informantes são concordantes com MARCONDES (1998) e com as novas diretrizes curriculares do MEC (2001), quando avaliam como ideal, um equilíbrio na utilização dos espaços, para que haja uma abordagem equânime de todas as concepções em relação ao processo saúde-doença, e uma maior humanização nas práticas médicas.

**inf 2** – “Durante o curso, também tivemos contato com o posto de saúde, mas este foi muito menor que o contato hospitalar. O ideal seria um equilíbrio do tempo dispensado nos dois espaços.”

**inf 3** – “Nós temos um belo hospital para estudar, mas acho que deveríamos passar mais tempo no posto de saúde, pois esta foi uma ótima experiência. Deveríamos também passar por asilos e creches, pois quanto mais lugares fora do hospital nós pudéssemos conhecer e trabalhar, melhor.”

**inf 7** – “...tanto no hospital quanto no centro de saúde nós estamos praticando, apesar de termos permanecido pouco tempo no centro de saúde.”

O **inf 3** destacou em seu depoimento, o uso de **asilos e creches** como forma de implementar um melhor ensino médico, através de uma maior interação com a comunidade, corroborando com CUTOLO (2001, p. 190) que afirma:

“A comunidade pode ser o centro da atividade do ponto de vista clínico; pode ser um grande “laboratório” de pesquisas, mas sobretudo, deve possibilitar uma visão mais clara do complexo sistema do processo saúde-doença e permitir reflexões e mudanças dentro de seu meio.”

O ambiente comunitário deve consolidar-se como fonte de aprendizado clínico, para que o aluno aprenda, no local onde os problemas de saúde se originam, construindo-se um ambiente de aprendizado produtivo para os estudantes e responsivo às necessidades da comunidade. (LORENTE, 1983; MAGZOUB & SCHMIDT, 2000; MENIN et al., 2000)

É necessária a integração entre hospitais universitários e os centros de saúde, para que haja continuidade no atendimento dos pacientes e diversificação de experiências práticas, é uma necessidade na educação médica atual. (FEUERWERKER, 1998)

Foi encontrada também nos depoimentos, referência a necessidade do uso de centros de saúde na educação médica, como forma de complementar a formação do profissional médico com a solidificação dos conceitos de prevenção e promoção de saúde, que é deficiente na educação baseada estritamente no ambiente hospitalar.

**inf 3** – “O ponto positivo do posto de saúde é o exercício da promoção de saúde.”

**inf 6** – “...no posto de saúde há um maior vínculo com os pacientes, sendo assim, você vai conhecer a população daquele bairro, vai saber quais são as reais necessidades daquela população em termos de saúde.”

**inf 8** – “No posto de saúde pratica-se uma medicina preventiva... Já no hospital, pratica-se uma medicina curativa...”

Segundo Regina Stella,

“A formação precisa contemplar todos os níveis de atendimento. O aluno universitário não pode ficar preso ao hospital universitário, porque ele mostra apenas um aspecto da realidade.” (Stella apud FERREIRA, COCOLO & ZORZETTO, 2001, p. 2)

Documentos da WFME, também enfatizam a necessidade da utilização de enfermarias, ambulatórios, serviços de emergência, serviços periféricos e a própria comunidade para a formação em medicina, pois a preparação exclusivamente hospitalar exclui experiências de aprendizagem que permitem uma formação integral, indispensável ao enfoque preventivo, social e clínico dos problemas de saúde, ou seja, dificulta a formação de médicos com uma visão mais completa do processo saúde doença. (CHAVES & ROSA, 1990)

### **Categoria 3 – Relação conteúdos-realidade epidemiológica**

Outro fator apontado, como influenciador negativo para uma visão saúde-doença mais completa na educação médica, é o distanciamento entre os conteúdos aplicados e a

realidade epidemiológica nacional. Os alunos enfatizam que, o equilíbrio entre as práticas hospitalares e comunitárias, também é uma forma de diminuir este distanciamento.

Entre os participantes, foi unânime a opinião de que os conteúdos ensinados, são desconectados da realidade nosológica local, sendo que, além da hospitalização excessiva, foi apontado como outro grande motivo desta desarticulação, a superespecialização do ensino médico, que afasta o aluno do entendimento das enfermidades mais comumente encontradas na prática profissional diária. Destaco 4 depoimentos ilustrativos:

**Inf 1** – “*O curso tem priorizado algumas doenças, não tão importantes do ponto de vista epidemiológico, em função de outras que são mais importantes”.*

**Inf 2** – “*Não há uma coerência entre a maioria dos conteúdos aplicados e a realidade epidemiológica nacional, pois durante o curso, são ensinadas algumas doenças pouco frequentes na realidade do Brasil com carga horária elevada, em detrimento de outras doenças bem mais comuns que são ensinadas em bem menos tempo”.*

**Inf 6** – “*...primeiro nós aprendemos as especialidades.”, “... não aprendemos na prática, quais são realmente as queixas da população, então acabamos aprendendo conforme a visão e a especialidade do professor”.*

**Inf 7** – “*...nós temos muitas aulas sobre temas que são raridades de especialidades. Já os temas mais comuns são ensinados na faculdade de uma forma bem mais superficial.”*

CUTOLO (2001) e o Relatório CINAEM (1997), destacam a desconexão existente entre o ensino médico e a realidade epidemiológica nacional, também relacionando-a ao hospitalocentrismo e a superespecialização desenvolvidos no currículo do curso, predispondo o aluno a desenvolver uma visão topográfica em relação ao paciente (encarando o indivíduo como a soma das partes).

“*Uma das seqüelas do ensino ser direcionado em hospitais, ser ministrado por superespecialistas, não ser problematizador e conceber biologicamente a enfermidade é o distanciamento da escola e a realidade nosológica local.*” (CUTOLO, 2001, p. 194)

Em relação a superespecialização, BORGES & STELLA (1996) defendem que a escola deve contar com bons especialistas em seu quadro de professores, mas que sua atuação deve se dar no sentido de mostrar ao aluno aquilo que é mais comum na população local dentro da sua especialidade, delimitando os conteúdos que levarão a formação de médicos generalistas de qualidade. CUTOLO (2001) concorda com esta necessidade, e enfatiza a valorização do médico generalista, atento às necessidades da população local, epidemiologicamente bem preparado.

O **inf 7** destaca esta necessidade em sua entrevista,

*“Para formar um médico generalista, deve-se ensinar a realidade do médico generalista.”*, e ...

*“...as disciplinas devem elaborar as matérias de acordo com o que é mais comum em cada especialidade.”*

Para que haja uma maior adequação dos conteúdos aplicados à epidemiologia, CUTOLO (2001), bem como os participantes do estudo, sugerem a transformação do ensino médico, baseada em dados epidemiológicos.

*“Estudos epidemiológicos críticos devem preceder a elaboração de currículo e conteúdos.”* (CUTOLO, 2001, p.194)

**inf 1** – *“Deveria haver um estudo na área de Saúde Pública sobre a prevalência e incidência das doenças na população brasileira, sendo que os dados obtidos deveriam ser cruzados e analisados para a elaboração do currículo.”*

**Inf 2** – *“Deveriam ser feitos levantamentos epidemiológicos das doenças mais prevalentes no Brasil, e os conteúdos dentro das especialidades deveriam ser distribuídos de forma lógica, segundo a epidemiologia.”*

**Inf 4** – *“O ideal seria fazer uma lista com os problemas de saúde mais prevalentes no país, e por ordem de importância, planejar o número de aulas e abordar os assuntos com maior ou menor profundidade.”*

Com este maior enfoque na epidemiologia local, os profissionais formados pelas universidades estarão melhor preparados para o mercado de trabalho. (BORGES & STELLA, 1996; CUTOLO, 2001), concordando com o depoimento do **inf 2**, que destaca que a preparação ideal,

*“poderia ser conseguida se durante os seis anos do curso houvesse um enfoque baseado na epidemiologia.”*

### **Uma Síntese**

A transformação da educação médica e das práticas profissionais, há muito é almejada e discutida. A partir das décadas de 70 e 80, houve um impulso na análise teórica das novas propostas de organização do sistema de saúde, ressaltando-se a importância da área das ciências sociais e saúde coletiva, ratificando a tendência de uma visão mais abrangente do processo saúde-doença. (NUNES, 2000)

Especialmente no final da década de 70, quando se definiu a assistência primária como base da estratégia para alcançar a saúde da população, vários países reformularam políticas e técnicas, objetivando reorganizar a prestação de serviços em saúde e reorientar a educação médica (CHAVES & ROSA, 1990; FEUERWERKER, 1998), sendo que em 1978, na reunião de Alma Ata na Rússia, esteve em pauta a filosofia sociocêntrica de ensino médico privilegiando o ensino da atenção primária com boa qualidade. (MARCONDES, 1998)

No Brasil, o novo modelo assistencial traz desafios importantes às universidades, no que diz respeito à formação de recursos humanos adequados a proposta de trabalho. (ALVES, 2003)

O MEC enfatiza a formação de profissionais tanto capacitados tecnicamente, quanto conscientes de sua importância social na promoção de saúde e prevenção de doenças. Segundo estes documentos, o curso de graduação em medicina deve habilitar profissionais com o seguinte perfil de formação e competência: “... *senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania*”... e ...“*orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças.*” (MEC/SESU, 2001 b. p.1)

e dotar o profissional dos conhecimentos , habilidades e atitudes requeridos para exercício das capacidades de, “*interpretar, intervir e contribuir para a transformação da realidade social na perspectiva das funções médicas*” (MEC/SESU, 2001 b, p.1)

Iara Xavier afirma,

“A visão que predominava nos cursos de saúde era biomédica e encarava o processo saúde-doença de modo estanque. Agora passa a valer um paradigma clínico-epidemiológico, em que o processo saúde-doença é visto num contexto dinâmico e contraditório, que leva em conta fatores socioeconômicos, culturais, entre outros.” (Xavier apud FERREIRA, COCOLO & ZORZETTO, 2001, p. 1)

Visto que segundo CUTOLO (2001, p. 195),

*“O núcleo da questão educacional médica concentra-se na concepção saúde/doença que a Escola Médica e seus integrantes docentes possuem”,*

e que segundo os informantes, a concepção saúde-doença dominante no curso de graduação da UFSC, influencia a formação da concepção saúde doença de seus discentes,

**inf 5** – *“... tenho uma visão bem biológica... tendo uma grande influência da Universidade, por professoras, aulas e situações que reforçaram a importância desta visão.”*

**inf 6** – *“A visão da Universidade influencia a forma que o aluno vai entender o processo saúde-doença, pela maneira como o assunto é exposto. O aluno fica concentrado em saber as doenças e acaba perdendo a visão de saúde ...”*

Deve-se ressaltar que o modelo biologicista não deve ser excluído da formação médica, pois como já citado anteriormente, a complexidade do processo saúde-doença não permite uma visão única, e sim uma visão plural.

Os paradigmas biocêntrico e sociocêntrico, não são excludentes dentro de uma visão ampliadora do processo saúde doença. Os aspectos de ambos deveriam ser unificados em uma filosofia “antropocêntrica”, isto é, a favor dos seres humanos. (MARCONDES, 1998)

Sendo assim, para que se implemente o modelo de educação médica considerado ideal, denominado antropocêntrico ou clínico-epidemiológico, deve-se desenvolver de forma equânime as visões, biológica, higienista-preventivista e social nos cursos de graduação em medicina, para que os integrantes do seu corpo discente aprendam a real importância de analisar o paciente como um todo, indivisível e influenciável tanto pelos fatores biológicos do meio, quanto pelo meio social em que vivem em proporções semelhantes de importância. Desta forma os estudantes de medicina poderão desenvolver a excelência técnica e a



responsabilidade social exigidos por este novo paradigma, que se consolida cada vez mais no exercício da medicina, dentro de uma escola médica que aceite...

*“... o desafio de se promover ao longo do processo de formação dos médicos uma interação dialógica das concepções biologicista, preventivista e médico social ...”;*  
e possa *“... contribuir para a construção de Estilos de Pensamento médicos que avancem nas soluções dos problemas de saúde de uma população como a brasileira.”*  
(CUTOLO, 2001, p. 201)

#### 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS surgiu como uma proposta de mudança do modelo hegemônico da prática médica no Brasil, seguindo uma tendência mundial de implementação de uma concepção saúde-doença baseada no tripé formado pelas visões biológica, higienista-preventivista e social, no qual estas três abordagens tenham valor equânime<sup>3</sup>.

Para que as metas propostas pelo SUS sejam atingidas, sendo que há uma pronunciada incompatibilidade entre estas metas, a educação médica e as práticas médicas atuais, é necessária uma transformação das instituições de ensino médico do país, englobando toda a estrutura curricular e a concepção saúde-doença, visando legitimar científica e intelectualmente a inserção dos conceitos higienista-preventivista e social no cotidiano da prática profissional, e proporcionar a formação de médicos, convictos da importância de aliar a excelência técnica a estes conceitos e preparados para o novo mercado de trabalho que vem se estruturando além da esfera acadêmica.

Este trabalho pretendeu demonstrar, através das percepções de estudantes da 11ª fase do curso de graduação em medicina da UFSC, que o modelo da formação médica atual e da prática médica hegemônica é biologicista, mecanicista, tecnicista, fragmentário, superespecializado, hospitalocêntrico, individualista e desatento aos fenômenos sociais relacionados a saúde, sendo antagônico às propostas do SUS, e que os alunos do curso tem consciência deste modelo de formação e do antagonismo gerado por ele, e concordam com a necessidade de transformação do paradigma da educação médica, no sentido de que os profissionais desenvolvam uma visão plural do processo saúde-doença, conscientes da importância da associação entre a proteção e promoção de saúde e a assistência terapêutica, desde a sua formação acadêmica.

O estudo demonstrou que os alunos do curso possuem um bom grau de discernimento em relação a concepção saúde doença desenvolvida nas instituições de ensino e seu impacto na implementação de práticas médicas adequadas aos preceitos do SUS, e que estes deveriam tornar-se atores na elaboração das reformas curriculares e das transformações da educação médica, visto que atualmente é reservado ao corpo discente a condição de espectadores, sendo as decisões impostas de maneira vertical e unilateral.

---

<sup>3</sup> Em relação ao SUS, a palavra equânime não se refere a uma divisão simétrica de abordagem, mas a valorização desigual às situações desiguais relativas a necessidade do paciente.

Não pretendeu-se esgotar a discussão em relação ao tema concepção saúde-doença, mas dispor uma base de dados referente a implementação de práticas educacionais e profissionais mais adequadas ao SUS. Neste intuito, o autor traz como sugestão para trabalhos complementares subseqüentes, estudos aprofundados relativos:

- ao contato interdisciplinar entre os profissionais da saúde, sendo que a interdisciplinaridade proporciona uma visão mais abrangente e humanista na relação médico paciente (CUTOLO, 2001; HONGLADARON, et al., 2000),
- a relação ensino aprendizagem desenvolvida nas universidades, analisando novos métodos de ensino (PBL<sup>4</sup>, construtivismo<sup>5</sup>), e de avaliação,
- a relação professor-aluno (importância da formação de vínculo entre professores e alunos) e,
- a inserção precoce dos alunos em postos de saúde da rede pública e outros espaços ligados as comunidades.

Estes são alguns exemplos de estudos que poderiam auxiliar na implementação das novas práticas curriculares desejadas, baseadas em uma concepção saúde doença mais abrangente.

Por fim, é importante salientar que devido às práticas médicas atuais, o SUS encontra-se implantado apenas na teoria. Os Pólos de Educação Permanente podem ser o caminho para uma maior articulação entre o núcleo formador, o núcleo de prática e a necessidade social, trazendo uma perspectiva animadora e real da transformação do modelo hegemônico de educação e de prática médica, em um modelo pró-SUS, contribuindo substancialmente para que este se torne uma realidade na prática.

---

<sup>4</sup> Problem based learning (PBL) – “Trata-se de uma estratégia educacional para aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, na qual a experiência de ensino se dá em pequenos grupos, o estudo individual é priorizado e o docente desempenha um papel de facilitador e tutor”. (SANTOS, 1994, p.121)

<sup>5</sup> construtivismo é uma estratégia de ensino centrada na relação professor aluno, que tende a desabsolutizar os pólos da relação pedagógica, sendo que nenhum destes pólos dispõe de hegemonia prévia. (BECKER, 1994)

## 5 - REFERÊNCIAS

ALBANESE, M. The decline and fall of humanism in medical education. **Medical Education**, Wisconsin, USA, , aug. 2000.

ALMEIDA, M. J. de. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: UEL, 1999.

ALVES, C. L. R. Saúde da família. **Educação Médica-UFMG**. abr. 2003, p. 1. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/saude\\_familia.htm](http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/saude_familia.htm) Acesso em: 27 jan. 2004.

ARMSTRONG, D. - **Outline of Sociology as Applied to Medicine**. Fourth edition, Cambridge - GB, Butterworth-Heinemann Ltd, 1995.

BARATA, R. C. B. - A Historicidade do Conceito de Causa. In: **Textos de Apoio - Epidemiologia I**. Rio de Janeiro, Ed. ABRASCO, 1985, p. 13-27.

BECKER, F. **A epistemologia do professor: o cotidiano da escola**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

BORGES, D. R.; STELLA, R. C. R., Currículo nuclear: novo modelo na formação do médico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. CIDADE, v. 42, n. 3, p. 127-129, jul./set. 1996.

CAMARGO JR, K. R. de. Em defesa da arte de curar. **ARS CVRANDI** , Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 3-7, out. 1999.

CHAVES, M. (org.); ROSA, A. R. (org.). **Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez, 1990.

CINAEM (COMISSÃO INTERSTITUCIONAL DO ENSINO MÉDICO), Relacionando os resultados do Projeto CINAEM. **Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica**. vol. 25, n. 2, p. 5-6. 1997.

Conselho Nacional de Saúde. [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei\\_8.080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei_8.080_190990.htm). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. Florianópolis, 2001. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, CED/UFSC.

Diretrizes Curriculares Medicina 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/Sesu/ftp/resolucao/0401medicina.doc>. Acesso em 20. nov. 2003.

FERREIRA, T.; COCOLO, A. C.; ZORZETTO, R. CNE define diretrizes para cursos de medicina e enfermagem. **Jornal da Paulista**, São Paulo, n. 158, ago. 2001. Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed158/ensino1.htm> Acesso em: 25 jan. 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

HONGLADAROM, S. et al., Humanistic learning in medical currículo. **Journal of the Medical Association of Thailand**. vol. 8, n. 83, p. ?, aug. 2000.

LORENTE, L. S. Medicina de la comunidad. **Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría**. CIDADE. vol. 46, n. 1-2, p. 49-57, jan./jun. 1983.

MAGZOUN, M. E.; SCHMIDT, H. G. A Taxonomy of Community-Based Medical Education. **Academic Medicine**. Vol. 75 (7): 699-707, jul. 2000.

MARCONDES, E. O paradigma do ensino médico. **Revista Médica HC – FMUSP**, São Paulo, v. 3, p.93, jul./ago. 1998.

MAUER, E. L. **A formação teórico prática do médico do futuro: as faces da crise conceitual da medicina contemporânea**. Curitiba, 2000. 201 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

MEC/SESU, **Avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação**. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/ofertas.shtm> Acesso em: 2001 a.

MEC/SESU, **Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina**. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm> Acesso em: 2001 b.

MENNIN, S. P. et al. Community-based Medical Education: Toward the Health of the Public. **Medical Education**. Vol 34 (9): 503-504, Jul. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. **Reunião com os pólos de capacitação em saúde da família**. Brasília, 16 abr. 2003.

NUNES, E. D. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. nov. 1999/fev. 2000, vol.6, no.3, p.631-657. ISSN 0104-5970.

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) – Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. **Educación Médica y Salud**. 10 (2): 109-139, 1976.

OPS – **Educación, Práctica Médica y Necesidades Sociales – Una Nueva Visión de Calidad**. Encuentro Continental de Educación Médica, Punta del Este, Uruguay, 1994.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. **Divulgação em Saúde para Debate**, CIDADE, v.14, p.66-74, ago. 1996.

SANTOS, S. R. dos. O aprendizado baseado em problemas (problem based learning – PBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 3, n. 18, p.121 – 124. set./dez. 1994.

SCAFF, A. SUS – Sistema Único de Saúde. **Consaude**, 08 out. 1998. Disponível em: <http://www.consaude.com.br/sus/indice.html>> Acesso em: 25 jul. 2003.

SOARES, G. B. **Avaliação do conhecimento do controle social do SUS junto aos estudantes de medicina da UFSC**. Florianópolis, 2003. 37 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina.

SOUZA, E. C. F. de; OLIVEIRA, A. G. R. **O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos**. Disponível em: [http://www.terravista.pt/bilene/2104/pro\\_sau.htm](http://www.terravista.pt/bilene/2104/pro_sau.htm). Acesso em 19. fev. 2004.

STORINO, R. Técnicos Del cuerpo o médicos de personas. **SAMA**. 2003. Disponível em: [http://www.sama.org.ar/tecnicos\\_cuerpo.html](http://www.sama.org.ar/tecnicos_cuerpo.html) Acesso em 06 fev. 2004.

UFRGS. PROMED newsletter. v. 1, n. 2, jun. 2002 a. Disponível em: <http://www.famed.ufrgs.br/promed/promed.htm> Acesso em: 25 jul. 2003.

UFRGS, 2002 b. Disponível em: <http://www.famed.ufrgs.br/perguntas.htm> Acesso em: 25 jul. 2003.

VALVERDE, R. **O dilema preventivista**. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/ccs/estante/dilema\\_preventivista.htm](http://www.fiocruz.br/ccs/estante/dilema_preventivista.htm). Acesso em 18. fev. 2004.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. da C. Saúde e cidadania: **Conceito e causa de fator de risco**. Disponível em: [http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed\\_07/index.html](http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_07/index.html). Acesso em 18. fev. 2004.

WALTRICK, C. R. **Concepções de saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina da UFSC**. Florianópolis, 2001. 34 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina.

## **ANEXO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **André Inocência Cesa** e estou desenvolvendo a pesquisa **Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC sobre a Concepção Saúde Doença das Práticas Curriculares**, com o objetivo de **analisar a avaliação dos alunos do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (matriculados no semestre 98.2) sobre a concepção saúde-doença ensinada e praticada na UFSC**. Este estudo é necessário porque **há escassez de estudos nesta área e pode contribuir para a institucionalização de estratégias educacionais**, e será realizada **entrevista gravada, transcrita e analisada**. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o protocolo **182/03**. Não traz riscos aos participantes, sendo o único desconforto a disponibilidade de tempo (aproximadamente 40 minutos), não trazendo benefícios pessoais aos participantes, mas sim à formação do médico. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo telefone **(48) 2343397 ou (48) 99944772, ou via e-mail (andrecesa@yahoo.com.br)**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa **Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC sobre a Concepção Saúde Doença das Práticas Curriculares** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, de, de 2003

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE**

## QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Data: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

### **CATEGORIA 1 – CONCEPÇÃO SAÚDE-DOENÇA**

- 1 – Como a sua escola (UFSC) entende e ensina a relação saúde-doença?
- 2 – Qual a importância da concepção saúde-doença no contexto da formação do aluno?
- 3 – Você tem mais algum comentário em relação a esta categoria?

### **CATEGORIA 2 - ESPAÇOS DE ENSINO UTILIZADOS**

- 1 – A sua formação clínica se deu principalmente em que espaço de ensino? Você teve oportunidade de aprender em outros espaços?
- 2 – Comente pontos positivos e negativos dos espaços de ensino utilizados na sua formação.
- 3 - Você tem mais algum comentário em relação a esta categoria?

### **CATEGORIA 3 – RELAÇÃO CONTEÚDOS-REALIDADE EPIDEMIOLÓGICA**

- 1 – Você vê coerência entre os conteúdos ensinados e a realidade epidemiológica nacional? Comente.
- 2 – Como você acha que deveriam ser estabelecidas as prioridades no curso de medicina, em relação aos conteúdos?
- 3 - Você tem mais algum comentário em relação a esta categoria?