

MARCOS ROGÉRIO CAPELLO SOUSA

**FILOSOFIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA:
Políticas de Saúde, Diretrizes Curriculares e Necessidades Sociais**

Campinas - 2003

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

**FILOSOFIA, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA: Políticas de Saúde, Diretrizes
Curriculares e Necessidades Sociais**

MARCOS ROGÉRIO CAPELLO SOUSA

Orientador: Dr. César Aparecido Nunes

Este exemplar corresponde à redação final da Tese de Doutorado em Educação defendida por Marcos Rogério Capello Sousa e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 26/ fevereiro/2003

Assinatura:

(orientador)_____

Comissão Julgadora:

José Luis Sanfelice

Edison Bueno

Plínio de Arruda Sampaio Jr

Maria Aparecida Barone Teixeira

Campinas - 2003

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecário: Gilденir Carolino Santos - CRB-8ª/5447

So85f	<p>Sousa, Marcos Rogério Capello.</p> <p>Filosofia, educação e formação médica : políticas de saúde, diretrizes curriculares e necessidades sociais / Marcos Rogerio Capello Sousa. – Campinas, SP: [s.n.], 2003.</p> <p>Orientador : César Aparecido Nunes.</p> <p>Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.</p> <p>1. Medicina - Educação. 2. Médicos – Formação profissional. 3. Materialismo histórico. 4. Dialética. 5. Neoliberalismo. 6. Filosofia. I. Nunes, César Aparecido. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">03-82-BFE</p>
-------	---

Para Cris, Luísa e Rafael

Agradecimentos

- Aos meus pais, parte viva deste trabalho que se manifesta através da ambição do pesquisador em transformar a realidade;
- À D. Adelina que compreendeu minha ausência e procurou supri-la;
- Ao Leonardo da Biblioteca Central que tanto se empenhou para obter as preciosidades científicas da década de 70 sobre a o materialismo histórico e a medicina e por ter conseguido a obra de Salvador Allende de 1939.

*“(...) Marx insistia sobre a reintegração da filosofia na vida real, nos termos da necessidade da filosofia enquanto necessidade da sua realização a serviço da emancipação. Assim definida, portanto, a filosofia continuou a informar e a orientar a obra de Marx, num sentido rico de significação, até o fim da sua vida(...)”.*¹

¹ MÉSZÁROS,I, *Filosofia, Ideologia e Ciência Social: ensaios de negação e afirmação. Marx “filósofo”*. São Paulo: Ensaio, 1993. p.162.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
-------------------------	----

CAPÍTULO I

A Fundamentação Conceitual e Filosófica do Currículo Médico na Idade Moderna a Partir do Materialismo Histórico	19
--	----

1) A Possibilidade de uma Concepção Renovada da Morte Para o Século XXI	32
2) O Panorama da Assistência À Saúde no Início do Século XXI	59
3) Quem é o “Restante” da População” que não Pode Pagar Pela Assistência Médica e Qual Sua Relação Com o Modelo de Saúde Atualmente Proposto?	73
4) O Câncer, a Evolução Humana, o Materialismo Histórico e a Dialética <i>Marxiana</i> : Possibilidade de Reflexão para Escolha de Referenciais que Intervenham na Formação Médica do Século XXI	101
5) O Século XX e a Viabilidade Histórica e Dialética das Condições Materiais Para a Formação Médica no Século XXI	128

CAPÍTULO II

Discutindo Alguns Fundamentos Do Projeto CINAEM	159
--	-----

1) O Que é o Projeto CINAEM?	176
1.1) Promovendo a Transformação da Educação Médica Brasileira	178
1.2) Modelo Teórico do Projeto CINAEM	181
1.2.1) Tendência Filosófica do Projeto CINAEM	181
1.2.2) Tendências Epistemológicas, Metodológicas e Técnicas do Projeto CINAEM	229
1.3) Orientações Para Reformulação Curricular de Acordo com a Realidade e as Necessidades Sociais	258
1.3.1) Docência Profissionalizada	280
1.3.2) Avaliação	286
1.4) Gestão Transformadora	289
1.4.1) Projeto Terapêutico Cuidador Centrado no Usuário X Projeto Terapêutico Centrado em Procedimentos Médicos ou Burocráticos .	296
1.4.2) Missão –Objetivo da Escola	300
1.4.3) Gestão e Transformação do Ensino Médico no Brasil	305

1.4.4) Estratégias e Ação - Abordagem Metodológica	308
1.4.5) Dispositivo Inovador	309
1.5) O Exercício da Medicina na Perspectiva de um Novo Intelectual	319
1.5.1) Conhecimentos Específicos e Ações Gerais	325
CONSIDERAÇÕES FINAIS	333
BIBLIOGRAFIA	337
ANEXOS	

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CINAEM	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CFM	Conselho Federal Medicina
CONASEM	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Municípios
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
EMA	Educação Médica nas Américas
FMI	Fundo Monetário Internacional
IDH	Índice de desenvolvimento humano
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família

RESUMO

O tema “formação médica” encontra-se, mundialmente, em ampla discussão e revisão teórica há mais de 30 anos. A área médica não dispõe dos elementos imprescindíveis para reflexão e apresentação formal das suas questões estruturais sendo necessário o auxílio do instrumental teórico das Ciências da Educação e, precisamente, das diretrizes oriundas da Filosofia e História da Educação. O materialismo histórico e a dialética *marxiana*, embasamentos desta pesquisa, possibilitaram a compreensão da medicina como uma área do conhecimento objetiva, porém “parcial”, onde o entendimento de suas transformações deveria ser feito junto a uma ampla trama de conhecimentos. O detalhamento da estrutura social através da contribuição de conhecimentos específicos foi decisivo mostrando a importância estratégica da interdisciplinaridade-multidisciplinaridade. Estes “instrumentos extra-medicina” podem facilitar as ações médicas nas transformações materiais sociais. Como há um imbricamento dialético entre as atividades médicas cotidianas (ensino e prática) e o desenvolvimento capitalista, particularizamos o período neoliberal onde esta influência se dá através dos avanços científicos e da promoção de uma desigualdade material, a qual está atrelada a possibilidade de adoecer, ou ter saúde, sem precedentes históricos similares se considerarmos os benefícios da indústria moderna. A compreensão contemporânea, histórica e científica, da primitiva relação entre condições materiais e *saúde-vida-longevidade*, ou *doença-morte*, ainda garantem sua relevância na intervenção de novos processos de adoecimento, às vezes considerados problemas de saúde pública como, por exemplo, o câncer, as doenças cardiovasculares e a obesidade. E os estudos sobre o câncer subsidiaram nossas reflexões servindo de exemplo lógico de que há um nexo entre os pressupostos filosóficos eleitos e a educação e assistência médicas, podendo assim, garantir a viabilidade da reestruturação do currículo médico longe da utopia. O Projeto CINAEM (Comissão Interdisciplinar Nacional de Avaliação do Ensino Médico) desenvolvido durante a década de 90 do século XX é uma manifestação evidente da preocupação com os rumos da formação médica brasileira e mobilizou vários segmentos sociais. Através de uma análise pontual deste projeto que se tornou um “guia nacional curricular” para medicina, identificamos outros pressupostos teóricos. Do debate emergem novas opções para o século XXI.

ABSTRACT

The subject “Medical Education” has been widely discussed and has also been theoretically revised in all the world for more than 30 years. The medical field has no indispensable elements for reflection and formal presentation of the structural questions. So, the aid of the theoretical instruments from the Sciences of Education and, precisely, from directives originated in the Philosophy and the History of Education is being needed. The historical materialism and the Marxist dialectic, foundations of this research, enabled the comprehension of Medicine as an objective area of knowledge, but “partial”, where the understanding of its transformations should be done with a broad amount of knowledge. The specifications of the social structure through the contribution of specific knowledge was decisive showing the strategic importance of the interdisciplinary-multidisciplinary research. These “extra medicine tools” can facilitate the medical actions in the social material transformations. As there is a dialectical imbrication between the daily medical activities (teaching and practice) and the capitalist development, we particularize of the neoliberal period, where such influence happens through the scientific advances and from the promotion of material inequality, which is related to the possibility of being ill, or healthy, without any similar historical precedents, if the benefits of the modern industry are considered. The scientific and historical contemporary comprehension of the primitive relation between material conditions and health-life-longevity, or illness-death, still guarantee its relevance in the intervention of new processes of getting ill, sometimes considered public health problems, such as cancer, cardiovascular illnesses or obesity. The studies of cancer subsidized our reflections, as it is a logical example in which there is a connection between the chosen philosophical presuppositions and education and medical aid. In this way, we (can) guarantee the feasibility of the reformulation of the medical curriculum far from utopia. The CINAEM Project (Interdisciplinary National Commission for the Evaluation of the Medical Education), developed during the nineties in the 20th century, is an evident manifestation of the worries with the Brazilian medical formation and mobilized several social segments. Through a punctual analysis of this project that became a “national guidebook” for the curriculum of medicine, we identify other theoretical presuppositions. New options will rise for the century XXI from this debate.

INTRODUÇÃO

A disposição de tratar de um assunto como objeto de pesquisa, parece-nos, cria uma expectativa inicial de que o pesquisador poderá esgotar o tema a que se propôs, mesmo que às custas de muito esforço e sacrifício. Talvez uma tendência natural de quem esteja procurando esclarecimentos que, para nós, têm o significado de desvendar ou elucidar, ou ainda pôr em relevo as interfaces do seu objeto de pesquisa com outras áreas também produtoras de conhecimento. De acordo com a perspectiva que adotamos, qual seja, a do materialismo histórico e a dialética *marxiana*, trata-se de reconhecer o objeto de pesquisa numa trama de relações sociais, historicamente construídas. Porém, no decorrer da pesquisa, fomos obrigados a admitir que tal tarefa talvez seja mais um projeto político para vida de pesquisador e que não será esgotado numa pesquisa para obtenção de um título de doutoramento.

Nosso objetivo básico é reconhecer a base filosófica que vem alicerçando as sucessivas mudanças no currículo de medicina no período Moderno destacado e, assim, satisfazer nossos questionamentos e de muitos outros indivíduos, direta ou indiretamente, envolvidos na sua reformulação e que são parte dos vários cenários sociais.

Decorridos dois séculos da Modernidade ou de um novo e distinto modo de produção da vida, ou meios de sobrevivência/subsistência, no caso, o sistema capitalista de produção, e em particular do médico e da medicina e, considerando que ela, Era Moderna, é parte de um processo, em curso, de desenvolvimento material evolutivo da humanidade iniciado há milênios e que, em tal processo, são constantes as readequações

das relações entre os homens e, portanto, da relação de médicos e pacientes ou da medicina com a sociedade, concluímos que a formação do médico necessita de constantes revisões. De outra forma, acreditamos que o desenvolvimento intelectual deste profissional deva ser estimulado, ou ser “pedagogicamente conduzido” para alcançar outros patamares onde os referenciais de análise, a concepção de mundo e desenvolvimento humano, e atuação profissional sejam distintos, definidos e mais largos que os atuais propostos neste período que elegemos para pesquisa e o debate.

Ainda que, diante de muitas incertezas e do caos contemporâneo, acreditamos que seja necessário haver um posicionamento, como médicos – na docência e na assistência – de compromisso político com um futuro planejado, possível e não utópico, ainda que, no processo de construção e consolidação deste futuro viável, concretamente tenhamos que lidar com inúmeros imprevistos. Navegadores medievais e modernos com destinos definidos previamente se lançaram ao mar, servindo-se de instrumentos disponíveis nos seus respectivos períodos históricos, calculando, com alguma margem de segurança, sua chegada.

A incerteza e o imprevisto foram componentes esperados nas viagens. Obviamente, o navegador moderno dispunha de maior número de recursos que permitissem navegar de forma mais segura e, portanto, maiores chances de terminar a viagem se comparado com navegadores como Vasco da Gama, Colombo, entre outros. E estes dois grupos de navegadores não devem ser comparados como melhores e/ou piores. Neste sentido valemo-nos deste recurso metafórico para pôr em evidência nossa proposta de pesquisa que se iniciou munida de um instrumental científico, teórico e metodológico, permitindo que nos lançássemos em busca do desvendamento dos pilares do currículo médico moderno, tendo nas mãos uma proposição que já na sua elaboração fosse comprometida com a própria execução e viabilidade de implantação. Urgia uma proposta concreta, não utópica, tão atrelada quanto o homem à evolução do modo como ele produz as condições materiais para sua sobrevivência. Apesar das transformações na produção capitalista algumas características assemelham-se àquelas de 200 ou 100 anos atrás. Então, a medicina, o Capitalismo, a saúde e a doença-morte podem ser todos recuperados na perspectiva do materialismo histórico e da dialética para desencadear uma reflexão sobre o presente, mas com olhos no futuro.

Avaliando o curso das transformações materiais permitidas a partir do Capitalismo, ligadas ou não à medicina, acreditamos que exista possibilidade concreta de, no mínimo, planejar um futuro viável e satisfatório para toda humanidade além do que, hoje, os riscos são mais previsíveis do que séculos e mesmo décadas atrás.

Enfim, o número de informações existentes e disponíveis atualmente, nem sempre analisadas criticamente, permitiriam ao médico usar seus sentidos para apreender não só o que se passa com o paciente, mas também articular estas informações a uma gama maior de outras tantas informações provenientes de outras áreas, habitualmente consideradas “não afins” pela medicina mais tradicional, como no caso economia, política, história da medicina, etc. Parece-nos que, como elementos educativos para formar um profissional voltado para atuação em sociedade, algumas áreas do conhecimento poderiam contribuir muito para o desenvolvimento do pensamento médico de forma a sintonizá-lo profundamente à sua realidade, o que, por sua vez, contribuiria, direta e indiretamente, para um desenvolvimento material proporcional da humanidade.

Não podemos admitir, a exemplo do que provavelmente ocorreu na Antiguidade e na Idade Média, que a medicina praticada hoje é “definitiva”, apesar do tamanho avanço tecnológico e científico e do domínio de inúmeras doenças. A história, em particular da medicina, nos ensina isto de várias formas dentre elas apresentando inúmeros “médicos profetas”² que julgavam a medicina que praticavam como insuperável, até admitindo que mais nada poderia ser descoberto!

Acreditamos e defendemos a reformulação do currículo médico a partir de uma base científica que considere aspectos históricos e filosóficos, os quais são nossos objetos de averiguação. Não há elementos que nos permitam afirmar de forma categórica que a medicina não tem um papel no conjunto de decisões dos rumos da sociedade animada por uma luta de classes, em curso e que não mostra nenhuma evidência de ter

² SOUSA, M.R.C. *Ensino médico e necropsia: estudo histórico analítico da formação médica*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação, PUC-Campinas, 1997.

OLIVEIRA, A. B. *A Evolução da medicina: até início do século XX*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1981.

HAGGARD, H. W. *El médico en la historia*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1941.

chegado ao fim³. Isto também justifica nossa tese na área da educação, ou seja, dispusemo-nos a buscar elementos na área de ciências humanas para poder apreender e analisar a formação médica na sociedade neoliberal, entendendo radicalmente sua dinâmica neste princípio do século XXI e procurando estabelecer outra base educacional para medicina que seja compatível com o modo de produção capitalista, porém sem haver cumplicidade com a manutenção do estado de coisas atual e que, desta forma, utilize-a como elemento fundamental para transformação social, para que realmente a medicina tenha compromisso político com a saúde global do homem que é indissociável da necessária e inadiável melhoria das condições materiais dos indivíduos desprivilegiados que talvez sejam a maioria dos doentes neste planeta.

Entretanto, se esta medicina, durante o século XIX e grande parte do século XX, desenvolveu-se a partir de uma base predominante em biologia e seus respectivos avanços tecnológicos, herança das ciências naturais e uma das marcas da Modernidade⁴, ela o fez, ao que tudo indica, por não dispor, até décadas atrás, de substrato científico comprovando a já conhecida relação entre condições materiais e a possibilidade de vida ou morte. Baseados no materialismo histórico e na dialética *marxiana* consideramos outras designações como “estilo de vida”, poder aquisitivo, renda familiar, “*status* sócio-econômico”, também como condições materiais e, portanto, sua correlação com o processo saúde-doença. A mesma coisa que o modo como se vive e sua importância determinante na gênese de doenças e morte ou saúde e vida. Além disso, a ação médica para o diagnóstico e o tratamento vinculados à tecnologia, recebeu incentivos da indústria.

A análise crítica da história recente da relação entre capitalismo e medicina mostra que no século XXI não devemos mais admitir que as doenças podem, e muito menos devem, ser tratadas somente na perspectiva da medicina tradicional que prevaleceu durante o século XX, isto é, os males que acometem os homens só poderiam ser resolvidos através da atuação médica – clínica e/ou baseada em tecnologia avançada. Aliás, esta ainda é a principal e/ou exclusiva “janela” a partir da qual a medicina –

³ KURZ, ROBERT. *O colapso da modernização*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

⁴ MARX, K. & ENGELS, F. *Textos: Introdução à Dialética da Natureza*. São Paulo, Edições Sociais, 1976, p.154-156, vol II.

médicos, professores, alunos, instituições de assistência primária, secundária e terciária, etc-, e a própria sociedade como um todo – pacientes e instituições, etc -, vêem os homens, em particular quando adoecem e quando morrem.

A idéia de que a doença e a morte estejam relacionadas diretamente com as condições materiais de vida dos homens e de que a medicina possa interferir menos se comparada com a eficácia da melhoria das condições de vida agora, em pleno curso do neoliberalismo, torna-se para nossa pesquisa fundamental, pois, estando a doença relacionada à “*economia*”⁵, podemos notar que o modelo “intervencionista – curativo” predomina, e é o mais incentivado por setores do governo e mesmo por aqueles ligados à educação médica. Projetos voltados para educação médica, como o EMA (Educação Médica nas Américas -1990), o Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico-2000), assim como projetos/programas do Ministério da

⁵ MANACORDA, MA. *Marx e a pedagogia moderna*, São Paulo: Cortez editora, p 54, 1991. Marx ainda é criticado “(...) por haver posto o trabalho (ou a necessidade: mas, é a mesma coisa, o crescer das necessidades e da capacidade de satisfazê-las é o próprio crescer da civilização do homem, desde as necessidades puramente animais até aquelas mais humanas), ou a ‘*economia*’ a base de toda concepção do homem(...).” A sobrevivência humana real, material é indissociável e mesmo determinada e dependente do modo de produção da vida. Desse modo, o que, quanto, e a origem daquilo que se come; o modo e local onde se mora, as condições sanitárias, o tratamento de água/esgoto, etc; são aspectos concretos e fundamentais na determinação das doenças ou da saúde. Além disso, a necessidade de atividade física dirigida, o lazer, as condições de equilíbrio do meio ambiente (poluição do ar, água, etc), são também fatores determinantes de mais ou menos saúde. Mas, há quem discorde ou desconheça, ou ainda, desconsidere a relação entre condições materiais – saúde/doença e, no limite, respectivamente, longevidade ou morte precoce. E dizer que esta relação é nova? Impossível. Segundo WAITZKIN (1998) ela é conhecida desde civilizações primitivas (Astecas, Zapotecas,...) e, para nossa civilização moderna, há mais de 150 anos, Friedrich Engels relatava, na obra sobre “a situação da classe trabalhadora inglesa -1844”, os efeitos da mudança do modo de produção da vida sobre as condições materiais de sobrevivência e os efeitos no surgimento de outras doenças. Desde esse período, a matriz capitalista determina modificações nas relações dos homens com a medicina. Essas transformações na perspectiva do materialismo histórico e da dialética *marxiana* constituem o elemento filosófico para embasar e nortear as mudanças necessárias na medicina. Tanto o materialismo histórico quanto a dialética *marxiana* que nos têm servido para pesquisa em medicina, mas, com privilégio da visão educacional que não é a única, demandam amadurecimento intelectual contínuo que não atingimos plenamente afinal, nossa área de atuação predominante é a médica. Deste modo, procuramos nos manter fiéis ao pensamento de Marx, doravante designado “pensamento *marxiano*”, usando-o como referência para reflexão da medicina no período capitalista a partir do século XIX até o começo do século XXI. O período definido foi eleito por atender uma necessidade técnica do pesquisador, pois marca de forma mais definida a relação entre industrialização e os processos de adoecimento e de manutenção da saúde. Portanto não significa que se trata de um tempo com maior ou menor importância histórica. A tarefa de aproximar estes dois campos de pesquisa como alguns estudiosos do século XX não é uma tarefa fácil e para um período em que predominam as políticas neoliberais. Por vezes o resultado deste trabalho chega a ser incompreensível tanto para maioria dos educadores quanto para os médicos. Vale ressaltar que durante todo trabalho as palavras medicina, atividade médica e similares têm o significado de processo dialético teórico-prático, ou a relação entre o *pensar* e o *fazer* de acordo com o próprio pensamento *marxiano*.

Saúde (“Programa Saúde da Família”) baseiam-se exclusivamente no modelo assistencial com o qual a maior parte da população está habituada ou, luta para conseguir, mesmo sem antes receber tratamento de água e esgoto nas próprias casas e mesmo sem alimentar-se suficientemente para ter alguma saúde, como podemos ver através dos símbolos extremos da má alimentação: a obesidade e a desnutrição. Ao que tudo indica, tanto o setor médico – instituições formadoras, reguladoras, assistenciais, públicas e privadas -, assim como a sociedade civil, pouco acreditam na existência de uma relação concreta entre condições materiais e saúde ou, doença. Provavelmente isto se deve ao pequeno volume de provas científicas, apesar de passos importantes já terem sido dados a fim de comprovar que algumas doenças podem ser evitadas a partir de medidas que diretamente interfiram nos determinantes do modo como os homens vivem, isto é, determinantes também das doenças. Nós elegemos nesta pesquisa como um representante das condições materiais a influência da alimentação na saúde ou doença. Esta relação nos possibilita, novamente, imbricar a medicina ao materialismo histórico e à dialética *marxiana* definindo o referencial filosófico e o instrumental teórico e metodológico para subsidiar as discussões e reflexões subsequentes sobre a medicina.

Hoje se sabe da relação do cigarro e de produtos químicos e físicos com inúmeras doenças. Também é do conhecimento que dietas pobres em fibras, frutas e verduras associam-se a maiores índices de câncer de mama, intestino grosso, próstata, etc. No Japão, menores índices de câncer gástrico associam-se à aquisição da geladeira em larga escala pela população. Merece também atenção o grupo de doenças cardiovasculares que, ao lado dos acidentes de trânsito, lideram estatísticas de *causas mortis* prevalentes no Primeiro Mundo. Apesar de tudo isto, não podemos esquecer do fato de que, embora ainda faltem mais comprovações científicas da relação entre doença e condições materiais, há também um interesse na manutenção deste estado de coisas que estimula a medicina assistencialista, curativa, ainda rentável para empresas de convênios médicos, indústrias farmacêuticas, de equipamentos, etc. De um lado o “Estado mínimo” que não atendeu a falta de redes de água e esgoto tratados, moradias adequadas, educação, etc, e, de outro lado, os fabricantes de variada linha de produtos para tratar manifestações das doenças ou tratar doenças sem ir às causas – atitude um tanto enriquecedora na medida em que se adocece progressivamente! É uma das expressões ideológicas destes

determinantes inéditos na história do Capitalismo é a figura do médico atual: um profissional de nível superior sem formação política e sem ter desenvolvido a capacidade de reflexão crítica, mas sensibilizado, por vezes como um beato, pelas misérias claramente observadas nas periferias das grandes metrópoles do Primeiro e Terceiro Mundo ou, no pobre interior dos países do mundo em desenvolvimento. Desse modo, torna-se ideologia dominante no contexto atual, a prioridade em colocar e manter o médico numa unidade de saúde – unidade de assistência aos pobres? -, em detrimento da melhoria das condições básicas de vida das pessoas. E a população miserável, alienada e crente no poder mágico-sacerdotal do médico solidário, luta para que ele venha socorrer os doentes da pobreza social, atendendo-os no interior do Brasil, em aldeias indígenas semicivilizadas, ou em unidades de saúde metidas por entre barracos e favelas, numa zona de tiroteio do tráfico de drogas, em locais sem água, esgoto e energia elétrica (ou tendo que economizá-la com medo do “apagão”), e onde milhares de indivíduos têm baixíssimo poder aquisitivo.

Mas, lutar pela prioridade das condições básicas de vida está longe dos planos da maioria da população. “Melhor” ter um “médico de família”, fazendo prevenção-cura em locais onde pessoas morrem de fome, sede, diarreia, desidratação, de esquistossomose, Chagas, doenças ocupacionais, etc, atitude que atende as expectativas do receituário do Banco Mundial. Ora, além de denunciar – coisa que talvez qualquer leigo escolarizado minimamente faria e não há demérito nenhum na grandeza desta atitude -, o que mais faria o médico numa cidade ou em locais de uma megalópole com estas características, senão dividir a miséria e o sofrimento com estas pessoas e de uma forma que, nalguns traços, lembra-nos a medicina dos monastérios medievais⁶?

Ao iniciarmos o presente estudo dispostos a delimitar as bases histórico-filosóficas do currículo médico moderno, buscamos motivação principalmente nas seguintes questões que, segundo nossa perspectiva de análise, estavam sem uma resposta esclarecedora e muito menos convincente. São elas: por que o currículo de medicina foi elaborado deste modo? O que vem ditando sua organização formal através do “entra e sai” de disciplinas, blocos de conhecimento, etc? Por que houve interesse convencional

⁶ OLIVEIRA, 1981, p 141-2.

mundial em modificá-lo desde por volta da década de 70 do século XX? Por que tais modificações vêm sendo feitas de forma até atropelada, como na década de 90 do século XX e aparentemente harmônicas? Por que não houve uma proposta educacional respaldada histórica e filosoficamente, de forma clara e convincente, que organizasse a formação e a prática médica, ao menos no nível nacional?

Não se trata de desconsiderar a proposta de uma medicina globalizada, mas de evitar uma proposta utópica neste momento do desenvolvimento capitalista. As conjecturas, idealizações ou malabarismos intelectuais e discussões até podem, permitem e conduzem-nos a querer fazer tal proposta universal, porém, limitamo-nos a reconhecer que as raízes dos nossos problemas são similares as de outras partes do Terceiro mundo, e então buscamos propor medidas passíveis de implantação e pouco onerosas, mas que dependerão da conscientização política do que elas representam para sociedade, a medicina e o ato de ensinar/formar. Nossa proposta até pode interessar a alguém, entretanto, defendemos que toda reformulação-implantação curricular deva obedecer às particularidades de uma sociedade. “Numa mão” a consciência das raízes da organização da sociedade moderna, em particular a brasileira, apreendidas historicamente. “Noutra mão” a consciência de que as idênticas determinações do capital mundial produziram mudanças peculiares em cada canto do mundo. De posse disto, reconhecer que o neoliberalismo vem determinando mudanças estruturais-conjunturais que radicalmente têm sido ignoradas pela grande maioria dos homens e em particular por aqueles ligados à área da saúde e, o mais temível, por aqueles que elaboram diretrizes de mudanças curriculares. As pesquisas históricas demonstram que nas reformulações educacionais e na médica propriamente dita, há um intuito em atender os interesses definidos pelos representantes do capital mundial - Fundo Monetário Internacional, BIRD (Banco Internacional de Desenvolvimento), Banco Mundial, etc, - e que são “sugeridos” com urgência ao MEC (Ministério da Educação e Cultura) com aval do Ministério da Saúde, através das Diretrizes da Educação. (RIZZOTTO, 2000).

Discute-se insistentemente o que se deve ensinar àquele que futuramente cuidará da saúde dos indivíduos e da sociedade; quais conhecimentos são prioritários e quais secundários; o que pede o mercado profissional, etc. Há muita preocupação com aspectos “humanistas” que estariam faltando no currículo médico e, portanto,

contribuindo diretamente para uma formação incompleta, excessivamente técnica e até mercenária. Por que esta preocupação somente agora? Em que se baseia esta crítica e com que poder propõe mudanças?

A interdisciplinaridade seria um outro objetivo principal daqueles estudiosos da educação médica, além da consideração da importância prioritária de uma atenção primária, onde seriam abordados aspectos sociais das patologias, em detrimento daqueles biológicos. Ainda que concordemos com a necessidade de incorporar tais conceitos ao currículo de medicina para qualificar o processo de formação e prática médica, não podemos ignorar que hoje há uma falta de abordagens no que se refere à educação médica tentando, antes de propor as mudanças, descobrir e entender, primeiramente, porque a medicina é ou está assim hoje? Quais suas raízes? Como chegou ao estado atual? Quais as motivações ou determinações que lhe impuseram novos rumos? Questões como essas são fundamentais e necessitam de respostas para, só então, depois permitir futuras propostas de mudanças que, talvez, tenham mais fôlego para serem implantadas e não “morram” precocemente.

Baseados no pensamento *marxiano*⁷ admitimos que a medicina é um conjunto de relações sociais que, para ser compreendido, deve ser apreendido nesta mesma trama das relações entre os homens que vivem em sociedade. Entendemos que os estudos que não consideram estes aspectos e, mesmo que aceitos como científicos, “retiram” o objeto de pesquisa da sua rede de conexões para ser analisado, são incompletos. O objeto estudado acaba sendo idealmente analisado, pois são ignorados fatores determinantes da realidade. Como consequência, toda a reflexão subsidia a elaboração de propostas e soluções que são incompatíveis com as necessidades concretas⁸:

“(...) um modo de enfrentar os problemas ligado ao fato de que a lógica interna de cada particular campo de estudo pressiona a ir além de sua parcialidade e requer ser inserida em contextos cada vez mais amplos, até que se alcance o ponto em que a inteira

⁷ MÉSZÁROS, I, *Filosofia, Ideologia e Ciência Social: ensaios de negação e afirmação Marx “filósofo”*. São Paulo: Ensaio, 1993, p.159, melhor subsidia nosso referencial teórico filosófico. Diz o autor sobre Marx (cartas ao pai, 1837), que: “Ele compreendia que o único modo para conquistar uma compreensão apropriada de qualquer objeto de estudo consiste em captá-lo na trama de suas conexões dinâmicas; e sublinhava fortemente o princípio de que “o próprio objeto deve ser estudado em seu desenvolvimento”.

⁸ Ibidem, p 160. Em relação à uma filosofia da *praxis* social.

gama das conexões dialéticas com o todo seja adequadamente estabelecida. E a filosofia, em última instância, não é senão a rede complexiva dessas conexões, sem a qual a análise dos campos particulares destina-se a restar fragmentária e irremediavelmente unilateral (...)”.

A medicina atual não é algo fruto exclusivo das “idéias”⁹ dos interessados na reformulação da educação médica. Trata-se de um campo, historicamente construído no palco de uma luta de classes¹⁰, velada ou não, onde o interesse predominante e hegemônico é representado e concretiza-se através de uma ideologia típica e apropriada para sua atuação-intervenção-preservação. Assim, para entender a medicina, é preciso compreendê-la, por exemplo, na sua interface com a sociologia, com a história, com a economia, com a arquitetura e com tantas outras áreas do conhecimento que estão conectadas a ela de uma forma mais ou menos intensa e profunda, e não apenas conceber a sua relação, talvez mais rudimentar e imediata, além de um tanto limitada e limitante com a biologia. Por exemplo, como elemento, no mínimo, de reflexão: O que fará o “médico de família” do Programa (PSF) do Ministério da Saúde em localidades brasileiras onde as condições de vida são mínimas? Apesar da crítica atual ao “modelo curativo”, o “médico de família” não fará muitas coisas pelas próprias limitações que a realidade dos pacientes nestes locais impõem ao exercício da profissão. Sem alternativa, ele passa a encarar as doenças apenas do ponto de vista assistencialista - curativo/preventivo - e durante o período em que ficar na localidade. Estará fazendo “sua parte”, de forma alienada, que foi definida pelo governo de acordo os interesses da classe dominante de roupagem neoliberal, muito bem representada pelo Banco Mundial e seus técnicos.

⁹ CARDOSO, C. Flamarion ; VAINFAS, R. *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

¹⁰ MARX, K. *Miséria da Filosofia* citado por PONCE, A. *Educação e luta de classes*. 15ª ed. São Paulo: Cortez, 1996, p. 35. As contradições entre os interesses de classes distintas se dão de forma lenta, insidiosa e, excepcionalmente a luta de classes transforma-se num conflito agudo. De acordo com Marx e Engels, a história da sociedade humana é a história da luta – franca ou velada - entre homens com interesses distintos e opostos: “(...) *distinção fundamental que Marx já havia feito em Miséria da filosofia, entre ‘classe em si’ e ‘classe para si’*. *A classe em si, apenas com existência econômica, se define pelo papel que desempenha no processo da produção; a ‘classe para si, com existência econômica e psicológica, se define como uma classe que já adquiriu consciência do papel histórico que desempenha, isto é, como uma classe que sabe a que aspira. Para que a ‘classe em si’ se converta em ‘classe para si’, é necessário, portanto, um longo processo de esclarecimento (...)*”.

Talvez, de forma tímida no princípio da Modernidade, tempo em que as condições básicas de vida eram minimamente atendidas, como na Inglaterra descrita por ENGELS¹¹, a medicina considerava, na elaboração de um currículo, aspectos ligados às condições materiais da sociedade e sua relação com a gênese das doenças¹². E nesta trajetória da medicina moderna, daquele tempo até nossos dias e que, com intuito de estabelecer uma referência conceitual, histórica e pedagógica nós optamos por considerar, admitimos a existência de um “fio condutor” ou, uma matriz histórica, onde há elementos de hoje que nos ligam àquele de um passado mais remoto da Revolução Industrial na Europa, os quais são marcas profundas do início de um tempo onde as relações entre os homens tornaram-se inéditas. Esta é uma forma coerente, porém complexa, de podermos compreender a medicina construída ao longo dos séculos XIX e XX que foi intensamente permeada pelos avanços técnicos das ciências básicas, como a química, a biologia e a física. É importante considerar que, desde então, duas situações convergiram para modificar profundamente o conhecimento médico: 1^a) grandes populações em busca de subsistência (urbanização/aglomeração desordenada), portanto sujeita a adoecer em larga escala, mas tendo que se manter saudável para fazer funcionar a indústria; 2^a) avanços das ciências naturais que foram progressivamente aproveitados pela medicina na busca de “tratamentos” efetivos. Duas situações possíveis somente a partir do Capitalismo.

No século XX estes fenômenos ganharam dimensões mundiais. Por volta das décadas de 60-70¹³ observamos uma população rural decrescente e um aumento da população urbana movido pela industrialização, fenômeno que, embora noutro contexto histórico e, obviamente, respeitadas as peculiaridades dos períodos, lembra-nos as condições materiais da sociedade inglesa, onde o crescimento das cidades e da população passaram a ser incontroláveis e suscitavam, progressivamente, medidas gerais para uma adequação mínima, mesmo que longe do preconizado, para se viver saudavelmente. E no século XXI, a matriz fundamental do cenário social, político e econômico é diferente? Não

¹¹ ENGELS, F. “*A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*”. Edições Afrontamento, 1975.

¹² OLIVEIRA 1981.

¹³ SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

CAMARGO, CPF et al. *São Paulo 1975: crescimento e pobreza*. São Paulo: Loyola, 1976.

é o que parece, ainda que respeitadas as condições históricas de cada período. Miséria, pobreza, morte, vida, doença, saúde continuam também dependentes daquilo que se come – diariamente num “*fast-food*”; num restaurante vegetariano com ou sem vegetais transgênicos; num barraco de favela onde se paga aluguel ou nas adjacências de campos agrícolas¹⁴; dos restos de um lixão ou de uma central de abastecimentos; de uma cesta básica reduzida - ou, mesmo quando não se come nada, nem calangos ou mandacarus.

Do mesmo modo, depende do que se bebe – refrigerante nas refeições, água contaminada com substâncias tóxicas¹⁵ ou parasitas onde não há tratamento da mesma –

¹⁴ REYNOLDS, P et al. *Childhood cancer and agricultural pesticide use: an ecologic study in California. Environmental Health Perspectives*, 2002, 110 (3):319-324. Estudos como o proposto neste artigo têm relevância não só médica mas também social e econômica, para mapear doenças causadas por agentes não usuais. Os autores não encontraram uma relação direta entre o câncer nas crianças e adolescentes até 15 anos vivendo em locais onde há exposição a pesticidas, porém, afirmaram que há necessidade de novos estudos que permitam afastar esta relação no mínimo suspeita. A dificuldade destes artigos está na necessidade de conhecimento multidisciplinar e no afastamento de vários fatores confundidores como situação sócio-econômica, escolaridade, raça, etc. Nós acreditamos que estudos como estes reforçam a necessidade da pesquisa médica com enfoque multidisciplinar, onde o aluno, necessariamente, precisará de conhecimentos em história, economia, sociologia e áreas similares, e não poderá usar somente as ferramentas disponíveis na área da biomedicina e biotecnologia. Um aparte: nossa concepção de multidisciplinaridade defende que a medicina, como campo de estudo particular e para que promova saúde efetivamente, deva ir além da sua parcialidade. Para que isso ocorra as relações dialéticas entre medicina e o conjunto da sociedade devem ser estabelecidas e aclaradas, e a filosofia, de acordo com Marx, é a própria averiguação da trama complexa dessas conexões. Nessa perspectiva, todos os campos devem ser compreendidos nas suas ligações uns com os outros e em relação com o “desenvolvimento objetivo das forças e relações de produção, ou integrante da totalidade da praxis social”. (MÉSZÁROS, 1993). Embora nos falte domínio pleno do pensamento *marxiano* e admitamos que o conceito de “multidisciplinaridade” não faça parte de seu arcabouço teórico, ressaltamos que o significado deste termo contemporâneo, na nossa pesquisa, está atrelado radicalmente ao conceito de *totalidade* cuidadosamente elaborado por Marx. Portanto, não se trata de especulação ou abstração, mas de compreender esta *totalidade* como negação da superioridade da *parcialidade* e expressão da possibilidade de desenvolvimento das faculdades dos indivíduos imbricadas com a realidade, isto é, com o desenvolvimento e apropriação coletiva das forças produtivas.

Situações de adoecimento populacional como as que ocorrem após acidentes nucleares ou como aquela ocorrida na região de Paulínia (SP) onde a indústria petroquímica *Shell* contaminou a água de consumo humano com pesticidas que causam o câncer no homem podem ser a “ponta do iceberg”. Tudo isso acontecendo de forma obscura e a maioria dos médicos ignorando e preocupando-se em extirpar os “cânceres” e tratá-los com quimioterápicos. Esta modalidade de estudo não é nova ou pelos menos têm raízes na década de 70 como, por exemplo, “*An analysis of coronary heart disease using historical materialist epidemiology*” ou “*Economic and social causes of cancer*”. Autor P. SCHANLL, revista [Health Movement Organization](#), vol 2, 1977.

¹⁵ Contaminação do solo pela empresa multinacional *Shell* que nas décadas de 70 e 80 do século XX fabricava substâncias tóxicas (pesticidas, agrotóxicos), na região de Paulínia (SP), contaminando centenas de moradores da região. Além do câncer, outras doenças também podem ser causadas pela intoxicação crônica a partir destes alimentos e água contaminados. Sabe-se que muitas destas substâncias foram proibidas no exterior e continuam sendo usadas no Brasil. Mas as intoxicações e com elas as doenças também podem ser “compradas”: a maior parte dos alimentos cultivados com agrotóxicos podem provocar danos a saúde desde de a infância. Além destes alimentos já encontram-se no mercado produtos fabricados com soja transgênica, apesar da proibição legal.

ou, do que não se pode beber e morre-se com diarreia e desidratação por ter bebido outrora água contaminada. E do modo como e onde se vive – outrora cortiços ingleses, mas agora há os nacionais, ou as favelas latino-americanas, africanas, asiáticas e mesmo as de Primeiro Mundo. E também do modo como se trabalha e com que se trabalha – outrora minas de carvão inglesas, mas agora também existem as nacionais onde há até trabalho infantil, ou atividades com computadores¹⁶... – ou ainda, quando não se trabalha devido ao desemprego em massa decorrente do neoliberalismo.

O modo como os homens, nas relações uns com os outros, produzem as condições materiais para sua sobrevivência são marcadas historicamente e determinam as probabilidades de se ter uma vida saudável ou aguardar a morte ou invalidez, precocemente. É nesta trama que os homens adoecem-morrem ou adoecem-vivem, sempre em busca da recuperação dos seus males, para se reintegrarem às suas atividades cotidianas desde que recuperados seu bem estar físico-psíquico.

São fartos os relatos mostrando as condições de vida dos indivíduos nas metrópoles, mesmo nos países desenvolvidos. A sociedade moderna preservou ou, ainda não conseguiu livrar-se de flagelos que marcam a trajetória do homem moderno, particularmente desde a Revolução Industrial, que é o período inicial que nos interessa:

“(...) Este processo econômico não tem, todavia, nada de fortuito. A indústria mecanizada em larga escala exige investimentos de capitais cada vez mais consideráveis, e a divisão do trabalho pressupõe a concentração de um grande número de proletários. Centros de produção com tal amplitude, mesmo situados no campo levam à formação de importantes comunidades; daí um excedente de mão-de-obra: os salários baixam, o que atrai outros industriais para região... Como a indústria tende a deslocar-se dos centros urbanos para regiões rurais, onde os salários são mais baixos, este deslocamento é a própria causa da transformação dos campos. As grandes cidades constituem, para Engels, os lugares mais característicos do capitalismo, e é para elas que ele agora se volta. Mostra-nos o reino da luta frenética de todos contra todos, e a exploração do homem pelo homem (quer dizer, dos trabalhadores pelos capitalistas) na sua forma mais brutal. Nesta anarquia, aqueles que não possuem meios de subsistência ou de produção são vencidos e constrangidos a penar por um magro salário, ou a morrerem à fome quando estão desempregados. O pior é que estão reduzidos a uma

¹⁶ L.E.R. – lesão por esforço repetitivo, muito comum em digitadores; sedentarismo e com ele a obesidade e os riscos de doenças cardiovasculares, etc.

*insegurança profunda e o futuro do trabalhador é-lhe totalmente misterioso, incerto. Com efeito, este futuro é determinado pelas leis da concorrência capitalista (...)*¹⁷.

E os médicos¹⁸ sempre foram (e continuam sendo!), intimados a promover saúde sem refletir e considerar as condições materiais do local e época e sua complexa importância e interferência no exercício da medicina¹⁹:

“(...) Em relação aos alemães, situados à margem de qualquer pressuposto, somos forçados a começar constatando que o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos (...)”.

Ora, como podemos pensar no currículo médico e, principalmente, em modificá-lo sem considerar esta *trajetória histórica* que fez e vem fazendo a medicina, nunca às margens, mas sempre imersa, nesta trama de relações extremamente imbricadas e

¹⁷ HOBBSBWM, E.J. *Prólogo* IN: ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*. Porto: Afrontamento, 1975, p. 9-11. Apesar do vários documentos abordando a situação das classes trabalhadoras que surgem a partir de 1830, segundo Hobsbawm “(...) *O livro de Engels está longe de constituir um fenômeno isolado, o que, de resto, lhe valeu periodicamente a acusação de plágio por parte de antimarxistas com falta de argumentos. Contudo, ele difere das outras obras contemporâneas em muitos aspectos. Primeiro, como sublinha justamente Engels no seu prefácio, é o primeiro livro, em Inglaterra ou em qualquer outro país, que se refere à classe operária no seu conjunto, e não a certos ramos ou indústrias particulares. O segundo aspecto, mais importante ainda, é que não se trata de um simples exame da situação da classe trabalhadora, mas de uma análise da evolução do capitalismo industrial, das conseqüências sociais da industrialização, com as suas implicações políticas e sociais, principalmente o desenvolvimento do movimento operário. De facto, é a primeira tentativa de envergadura para aplicar o método marxista (que encontrará a sua primeira formulação teórica na Ideologia alemã de Marx, em 1845-46) ao estudo concreto da sociedade(...)*”. Ainda segundo Hobsbawm, o livro de Engels traça um quadro da revolução industrial que transformou a Inglaterra em nação capitalista industrial fazendo surgir o proletariado. “(...) *A Situação é provavelmente o primeiro estudo importante cujo conteúdo assenta inteiramente sobre a noção de revolução industrial, hoje admitida, mas que então não passava de uma hipótese ousada, elaborada nos círculos socialistas ingleses e franceses dos anos vinte(...)*”.

¹⁸ Exceções, como Rudolph Virchow, são poucas. Embora tenha sido um dos maiores cientistas da Modernidade incipiente, tendo desenvolvido a *Teoria Celular* que revolucionou o conhecimento médico naquele período abrindo espaço para o surgimento de novas pesquisas, ele também defendia a melhoria das condições materiais como elemento fundamental para que houvesse saúde social. Defendia a medicina como uma ciência social.

¹⁹ MARX, K & ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. 3. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1982, p.39.

pobrememente detalhadas que talvez pudesse ser útil na compreensão do cenário mais global?

A medicina, em sua identidade e natureza histórica e institucional²⁰, tem uma função de facilitadora-promotora de saúde, tanto no âmbito curativo quanto no âmbito preventivo, seja através de um conhecimento técnico ou de uma ação política, considerando este mesmo “fio condutor”, qual seja, das condições materiais em que vivem os homens e sua relação determinante com saúde/doença ou, longevidade e morte anunciada, como ainda existente desde a Idade Primitiva, mas somente agora dando sinais concretos de que, talvez, possa ser superado. Mas, não podemos afirmar que se a medicina tem essa característica “material-ontológica”, também é a que está prevalecendo, desde a Idade Primitiva. O contrário parece mais provável, isto é, ainda prevalece uma medicina – corpo de conhecimentos teórico-práticos historicamente construídos -, onde a “exaltação e a ostentação” da doença se dá através do embate exclusivo entre ela e o homem que teria como aliado o próprio médico²¹. Não há enfoque do que pode ser feito para redução das doenças numa perspectiva de melhoria das condições materiais básicas²². Assim foi, e continua sendo possível, até hoje, esconder na relação medicina-homem a luta de classes que também representa interesses humanos particulares, materiais, antagônicos e, portanto, a existência de dominantes e dominados, uma situação fundamental para que se perpetue a desigualdade de condições materiais entre os homens. Neste sentido também procuraremos analisar a introdução e a retirada de disciplinas no currículo médico, reconhecendo fatores determinantes deste jogo de forças que, atualmente, é determinado pelas disputas econômicas sob influência do neoliberalismo.

²⁰ Em algumas situações usamos o termo “ontológico” ou “ontologicamente” numa acepção materialista do termo para enfatizar a importância da base materialista no processo de evolução da medicina.

²¹ Inicialmente era um sacerdote-pajé-místico e, hoje, na maioria das vezes, é uma espécie de “super herói-todo poderoso-cientista neutro” preocupado com grandes avanços tecnológicos, com o estudo dos gens e a clonagem, ou, é um empresário de convênios e tecnologias, enfim um profissional preparado no nível de ensino superior – como muitos de outras áreas –, porém sem preparo para enxergar as raízes dos problemas para os quais vem sendo intimado a resolver, utilizando, também com exclusividade, o instrumental técnico limitado à sua área de atuação.

²² HUROWITZ, J.C. *Toward a Social Policy for Health*. The New England Journal of Medicine, 329:130-3, 1993.

WAITZKIN, H. *Is our work dangerous? Should it be?* Journal of Health Social Behavior, México, 39(1): março, 1998.

Toda a manutenção de um padrão de análises e reflexões só foi possível a partir do materialismo histórico e da dialética *marxiana*, juntos formando um conjunto teórico, atualizado e atualizável, que em primeiro lugar nos permitiu ver a medicina na ampla trama das relações sociais; em segundo possibilitou apreender na medicina contemporânea elementos de análise que guardavam uma identidade histórico-filosófica concreta e afinada com a realidade do período incipiente do Capitalismo; em terceiro, que nos permitiu ver o currículo de medicina como instrumento formal, ideologicamente preparado²³ (às vezes às pressas, o que faz parte da ideologia da classe dominante), para, ao que tudo indica, adequar-se em primeiro lugar às necessidades das mudanças promovidas pelo neoliberalismo num contexto de globalização²⁴ – mudanças determinadas por um reordenamento do capital²⁵, para posteriormente atender às necessidades dos povos, particularmente os desprivilegiados. Em quarto lugar, que nos permitisse estabelecer uma ligação radical entre “saúde-doença ou longevidade-morte anunciada” e condições básicas de vida, ou condições materiais de vida.

Desta forma, pudemos realmente compreender a ligação entre a medicina exercida no século XX e XXI e aquela exercida no início da Modernidade, ou seja, respectivamente, a medicina no capitalismo neoliberal e a medicina no capitalismo concorrencial. Ambas, apesar do tempo que as separa, têm o mesmo caráter “material-ontológico”, e do qual a medicina é inseparável, isto é, ela tem a função de prolongar a

²³ Tanto o artigo de FERREIRA, J. et al *Análise prospectiva da educação médica em América Latina – rev. Ed med y salud*. 1988 22(3) 277-292, quanto o livro de CHAVES, Mario M.; ROSA, A.R.(org.). *Educação Médica nas Américas - O desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez Editora, 1990, entre outros, tratam do tema “educação médica latino americana” baseando-se também nos modelos de experiência dos países norte-americanos. Um dos equívocos nas análises foi o de estabelecer mudanças no currículo de medicina, privilegiando a atenção primária em situações onde nem sempre as necessidades básicas de vida foram atendidas, ou foram precariamente. Num exercício intelectual-reflexivo e a título de exemplo, na nossa percepção é como se enchêssemos aquela Inglaterra do período da Revolução Industrial no século XIX de centros de saúde e médicos com intuito de melhorar a vida das pessoas a partir da assistência à saúde. Ora, hoje, sabidamente, muitas doenças estão ligadas ao “estilo de vida” das pessoas e ao meio ambiente. Mas o que é “estilo de vida” senão o modo como se vive a partir do poder aquisitivo, da alimentação, do lazer, das condições de trabalho e moradia, etc? Mas esta relação milenar, embora melhor compreendida através das ciências na Modernidade (século XIX), carecia de convalidação científica, como aquela permitida pelos estudos estatísticos populacionais que hoje são factíveis. Ainda assim a medicina ensinada e praticada no século XX não valorizou estes aspectos por motivos, principalmente econômicos, daí o incentivo preferencial a medicina ligada à tecnologia.

²⁴ BRUNHOFF, S. *A hora do mercado – crítica do liberalismo*. – São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

²⁵ IANNI, O. *A era do globalismo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997; Murad, J. *A privatização da dor*, 1997; Saviani, D. *A nova lei da Educação: trajetórias, limites e perspectivas*. 5. ed. São Paulo: Editora Autores Associados, 1999.

vida ou afastar a morte. Esta preocupação nuclear mantém-se a mesma desde as sociedades primitivas. Apesar da medicina ser uma área do conhecimento humano com capacidade, inerente à sua própria atividade profissional, de promover saúde e conduzir o homem à um estado de bem estar físico e psíquico, além de estar ligada a outras áreas do conhecimento e inúmeros setores da sociedade – direta ou indiretamente – o que lhe favoreceria a ação nesse sentido, pensamos que a viabilidade de um outro currículo médico só será obtida a partir de discussões numa outra perspectiva, ainda não contemplada, que considere o imbricamento da história da medicina moderna e do Capitalismo. Do mesmo modo, devem ser consideradas as condições materiais de vida na Modernidade, a medicina possível e necessária à sociedade capitalista contemporânea, daquela medicina desejada pela classe dominante. Há que se diferenciar a medicina que interessa à classe dominada daquela praticada com o objetivo de esconder as contradições que mantém a luta de classes. É importante que se saiba que existem vários segmentos da sociedade interessados na medicina tais como indústrias farmacêuticas, da clonagem, ligadas ao Projeto GENOMA e a produção de drogas e vacinas, empresas de convênios: interpretar seus interesses é fundamento básico para propor algo minimamente viável. Há que se considerar na elaboração de um novo currículo a possibilidade de uma nova sociedade menos miserável e pobre, onde o aluno, antes de tornar-se médico tenha claro quais são seus limites e sua gama de ação profissional, para que não seja usado ideologicamente pela classe dominante e participe, dentro ou fora de sua área profissional, como político interessado na construção de uma sociedade melhor, digo, com menos doenças e menos mortes anunciadas, principalmente para os desprivilegiados.

Ninguém pretende como objetivo último, conceber uma sociedade sem médicos, o que seria utopia, puro exercício intelectual. O que se pretende é que o médico abandone gradativamente a postura exclusiva de examinador-diagnosticador-terapeuta de homens doentes e torne sua ação direta cada vez menos necessária do que sua ação política no processo de estabelecimento de saúde coletiva extensiva a amplos setores da sociedade.

Finalmente, acreditamos que à opção de modificar o currículo, antecede uma outra opção, qual seja, a de construir uma sociedade diferente desta atual, na perspectiva

de uma assistência à saúde onde várias áreas participam, tendo como objetivo último a construção de uma sociedade mais saudável e que não será possível sem a socialização material daquilo que a humanidade conquistou até hoje. O processo de construção de uma sociedade sadia – homens saudáveis-, não está à margem do processo de construção de uma sociedade igualitária. Essa é uma verdade reconhecível muito mais hoje do que ontem.(KURZ, 1993).

CAPÍTULO I

A FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL E FILOSÓFICA DO CURRÍCULO MÉDICO NA IDADE MODERNA A PARTIR DO MATERIALISMO HISTÓRICO

Nosso ponto de partida para entender a estruturação de ensino e prática médica, necessariamente “passa pela morte”, apreendida na perspectiva de sua representação das condições materiais historicamente construídas e, por sua vez, o significado destas condições tanto na promoção da vida quanto na determinação daquela que deveria ser uma das mais radicais defensoras da própria vida: a medicina. O materialismo histórico por Marx, Engels e MORGAN²⁶ nos interessa por cremos que o desenvolvimento da humanidade seja dimensionado pela evolução do modo de produção da vida ao qual a própria evolução da medicina está profundamente ligada. Segundo ENGELS (1986, p.20),

“(...) O que havia levado Marx a interessar-se pelo livro de Morgan fora sua “descoberta” a respeito da concepção materialista da história: através do estudo das sociedades indígenas americanas (a nação iroquesa) tinha chegado à conclusão de que o fator decisivo da história é, em última instância, a produção e a reprodução da vida imediata”. Descoberta quarenta anos antes por Marx, esta concepção materialista da história (materialismo histórico) iria provocar toda subversão da ciência histórica e social, permitindo que a análise científica do desenvolvimento da sociedade, da humanidade, deixasse o terreno das interpretações idealistas e ideológicas e caminhasse pelo firme leito do conhecimento objetivo (materialista) das relações sociais estabelecidas entre os homens em sociedade(...)”

²⁶ Pesquisando tribos indígenas americanas Morgan, em sua obra *Sociedade Antiga* (1877), pôde recompor a árvore genealógica da humanidade, feito que permitiu dar ainda maior solidez aos trabalhos dos próprios Engels/Marx no século XIX.

Segundo BERTELLI em “*Uma questão de justiça*” (ENGELS, 1986, p.11), no prefácio à primeira edição esta passagem fica mais clara nas próprias palavras de Engels e isto merece destaque porque é um fundamento essencial para o desenvolvimento da nossa tese. Aqui veremos a base do que defendemos, ou seja, de que a organização do conhecimento médico está intimamente ligada ao modo como os homens vivem, adoecem e morrem. O desenvolvimento da medicina como área do conhecimento humano – teoria e prática - também tem parcela de participação no engendramento da luta de classes – para alguns, dois mundos: dos ricos e dos pobres – onde a hegemonia de uma classe influencia o exercício de um modelo de medicina que favorece a manutenção, em última escala, da expropriação ou da dominação. Através das práticas e conhecimentos médicos elaborados e transformados ao longo da história, esconde-se uma das maiores contradições humanas. Aquela – medicina – que deveria zelar, pela vida acaba ignorando sua “ontologia” e esconde os mecanismos perversos de instalação da morte. Portanto, a medicina tem participação no processo de superação ou manutenção desta luta e, neste sentido, o pensamento *marxiano* serve como um corpo de conhecimentos científicos, para que a medicina – médicos e o conhecimento produzido por eles - desenvolva seu potencial de transformação social:

“(...) De acordo com a concepção materialista, o fator decisivo na história é, em última instância, a produção e a reprodução da vida imediata. Mas essa produção e essa reprodução da vida imediata... a produção de meios de subsistência, de produtos alimentícios, roupa, habitação, e instrumentos necessários para tudo isso... [e] a produção do próprio homem, a continuação da espécie. A ordem social em que vivem os homens de determinada época ou determinado país está condicionada por essas duas espécies de produção: pelo grau de desenvolvimento do trabalho, de um lado, e da família, do outro. Quanto menos desenvolvido é o trabalho, mais restrita é a quantidade dos seus produtos e, por conseqüência, a riqueza da sociedade; com tanto maior força se manifesta a influência dominante dos laços de parentesco sobre o regime social. Contudo, no quadro dessa estrutura da sociedade baseada nos laços de parentesco, a produtividade do trabalho aumenta sem cessar, e, com ela, desenvolvem-se a propriedade privada e as trocas, as diferenças de riqueza, a possibilidade de empregar força de trabalho alheia, e com isso, a base dos antagonismos de classe. Os novos elementos sociais, que, no transcurso de gerações, procuram adaptar a velha estrutura da sociedade às novas condições, até que, por fim, a incompatibilidade entre estas e aquelas leva a uma revolução completa(...)”²⁷.

²⁷ ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 3ª edição. São Paulo: Global editora, 1986 p20. Noutra passagem Engels cita Morgan cujos estudos dos sistemas de parentesco dos demais povos indígenas do mundo permitiu-lhe deduzir que havia semelhanças espalhadas pelo mundo. Isto permite-nos inferir que a medicina, mais uma vez, é determinada pela organização social não sendo tão diferente, apesar das distâncias entre continentes, e que esta semelhança acompanha o desenvolvimento histórico humano guardando suas peculiaridades.

De imediato isto tem duas implicações fundamentais. A primeira: é o modo de produção e aquilo que ele pode proporcionar concretamente ao homem para a produção e reprodução da sua vida que o liga também a um modelo de morte. Nesta perspectiva, a medicina, que já surgira da relação homem primitivo-sofrimento, não se separará destes aspectos, pois será uma das áreas do conhecimento humano mais interessadas e envolvidas na produção de bem estar físico-psíquico do homem. Porém isto, necessariamente só pode acontecer às pessoas, em primeiro lugar, minimamente alimentadas para que se mantenham vivas.

De acordo com MAFFEI²⁸,

*"(...) É por meio da alimentação que os seres vivos se abastecem no meio ambiente das substâncias necessárias para manter a vida; essas substâncias constituem os alimentos. A alimentação é, portanto, o ato pelo qual os seres vivos escolhem [parece-nos, nem sempre!], preparam e introduzem no seu organismo as substâncias de que necessitam para suas atividades; uma vez introduzidas no organismo, essas substâncias são transformadas em outras mais simples que permitam às células obterem os materiais indispensáveis para a produção de energia e reparar a matéria viva gasta; esse fenômeno conjunto constitui a nutrição(...), [esta não é a mesma coisa que alimentação, confusão corriqueira, mas sim o resultado da alimentação], (...) Metabolismo (do grego *metabollein* = transformar), consiste no complexo dos processos bioquímicos por meio dos quais os seres vivos transformam determinadas substâncias obtidas do mundo exterior²⁹ a fim de produzir energia e manter a estrutura das células do seu organismo... todas as funções das células em particular, e do organismo, em geral estão na estrita dependência do metabolismo; o metabolismo representa, pois, a própria razão da existência dos seres vivos(...)".*

²⁸ MAFFEI, W.E. *Fundamentos da medicina*. São Paulo,; artes médica, 1978

²⁹ *Ibidem*, p 183. Grifo nosso, ressalta aquilo que também é parte das condições materiais necessárias para sobrevivência. Os alimentos necessários à vida são classificados em: I) "*princípios imediatos*"- proteínas, hidratos de carbono, lipídeos ; II) *água e minerais*; III) *substâncias indispensáveis*. Este último grupo tem especial importância para o desenvolvimento do nosso raciocínio, pois nele encontram-se substâncias de alta importância para a manutenção da saúde - fato observado experimentalmente nos últimos dois séculos - e, atualmente, estão sendo relacionados às propriedades anticâncer. Devido suas complexas ações no metabolismo orgânico que somente agora vão sendo esclarecidas, são definidas também como 'substâncias cuja privação na alimentação determina certas doenças'. São as vitaminas hidrossolúveis (Complexo B = B2, ácido nicotínico, ácido fólico, B6, B12, B4, B3, B5, B7; Complexo C = ácido ascórbico e vitamina P ou citrina) e as lipossolúveis (A, D, E, K, F). Esta introdução acima, ainda que superficial e simplificada acerca da "alimentação", quer introduzir o leitor no assunto, para que compreenda as raízes da nossa tese que propõe uma fundamentação filosófica e científica – materialismo histórico e a dialética marxiana – para as modificações e elaborações curriculares, e também para que entenda por que certos índices como 'redução da taxa de mortalidade infantil na América Latina ou, 'redução da desnutrição crônica', podem, no contexto atual de crescente pobreza, não ter o mesmo significado de décadas atrás, além de serem usados ideologicamente para esconder uma desnutrição muito mais sorradeira, menos perceptível aos "olhares científicos" habituais: aquela onde as pessoas não morrem de fome, desnutrição grave, mas, morrem num longo prazo e de uma desnutrição seletiva que, talvez, até seja a base de doenças como o câncer.

Acreditamos que os desequilíbrios deste bem estar, causando também doenças e que levarão a medicina intervir nas relações sociais, dar-se-ão, ao longo da história da humanidade, em condições materiais, digo, quando as condições de subsistência ou, as condições básicas de vida, não puderem ser atendidas minimamente para maioria dos homens. Esta é uma condição que ao longo da história sempre ligou a medicina ao homem: seja através da vida, seja através da morte. Obviamente, isto ainda não pode ser generalizado, pois há situações em que a medicina intervém e interveio não havendo necessariamente uma relação direta com as condições materiais de um povo, num determinado período histórico, mas isto parece menos freqüente como tentaremos demonstrar.

A segunda: admitindo a concepção materialista histórica fica implícita a crítica radical ao conhecimento já produzido e que serviu de base ou, referência às mudanças na educação médica, representadas pelas modificações curriculares. Pudemos observar que há poucas propostas dispostas às interpretações radicais dos currículos, o que é importante em se tratando de um período histórico como este em que vivemos. Neste momento as condições materiais são desfavoráveis para grande parte da humanidade e, segundo SAMPAIO³⁰, período propenso a mudanças imprescindíveis de acordo com o contexto histórico atual.

Enfim, no nosso entendimento, têm ocorrido vários equívocos, o modo como vem se processando a reformulação curricular, e o que aos poucos vai ficando mais claro é que a medicina talvez seja uma das áreas do conhecimento humano que mais pode respaldar a concepção materialista e assim alavancar transformações significativas. No entanto, ela atravessou a maior parte do desenvolvimento humano favorecendo, seja por “opção” - intencionalmente, seja por “cooptação” ideológica, a classe detentora dos meios de produção.

WAITZKIN (1998) analisa o “trabalho perigoso” da medicina social, mencionando exemplos da repressão que alguns médicos latino-americanos e europeus

³⁰ SAMPAIO Jr., P. A. *Modelo Econômico e o Problema da Fome no Brasil*. IN: palestra apresentada na III Semana de Alimentação/2º SOS fome, no auditório da FEA (Faculdade de Engenharia de Alimentos) da UNICAMP, 17out/2001. Discussões relevantes têm sido pautadas por temas como: possibilidade de barbárie, a vigência do modelo neocolonial em detrimento da constituição democrática de um Estado nacional preocupado com as mazelas produzidas pelo capitalismo no Terceiro Mundo, em particular no Brasil, podendo permitir a intervenção ditatorial como tentativa não democrática e direta da redução da desigualdade entre ricos e pobres.

sofreram ao questionar e denunciar o que há por trás de modelos de medicina e/ou políticas de saúde que podem esconder-desviar a atenção da necessária melhoria das condições de vida dos povos. Segundo o próprio autor, esta última é uma relação conhecida há muito pelos povos indígenas (Astecas, Zapotecas, Incas), recebeu no século XIX suporte teórico de pensadores-ativistas como Friedrich Engels e Rudolph Virchow (acrescentaríamos Karl Marx), e no início do século XX, por volta da década de 30, foi discutido por Salvador Allende (1939) entre outros. Porém, no decorrer do século XX o modelo que defende a melhoria das condições de vida para gerar saúde “foi forçado” a cair no esquecimento, sendo substituído por um modelo, ditado principalmente pelos EUA, no qual a ciência deveria encarregar-se disto com exclusividade e encontrar suporte científico nas práticas laboratoriais (*Relatório FLEXNER*, 1910). Desta forma o modelo que Virchow inspirou, vinculando a patologia às condições sociais e que serviria de referência para a educação e pesquisa médicas, foi gradativamente sendo suplantado pelo “modelo flexneriano”³¹ – *laboratory based science*” (ciência baseada nas atividades em laboratório) -, apesar de gozar de prestígio e ter sido muito usado na América Latina na década de 30³².

Um ponto básico para nossa tese é o de que todo homem precisa, para viver, de alimentos - o que é material - e independe de sonhos ou idéias, orações e bênçãos. De alguma forma, todos os alimentos são produzidos pelo homem e necessariamente para o homem. Poderíamos considerar a desnutrição, ou o inverso de nutrir/ alimentar materialmente de uma forma adequada todo homem para que se desenvolva física e intelectualmente, situações onde não há ingestão, ou há consumo habitual de uma dieta desbalanceada, e que não obedece à pirâmide³³ de alimentos. Talvez, nesse exato

³¹ No campo da educação médica se diz daquilo que está relacionado ao Relatório FLEXNER (1910). Cf BERLINER, H.S. *A larger perspective on the FLEXNER Report. International Journal of the health services*. 1975 5 (4): 513-592.

³² WAITZKIN, H. *Is our work dangerous? Should it be? Journal of Health Social Behavior*, México, 39(1): 7-17, março 1998.

³³ NELSON, WE; BEHRMAN,R.E; KLIEGMAN, RM; ARVIN, AM. *Nelson Textbook of Pediatrics. Pirâmide alimentar*. 15.^a ed: E.U.A. W.B. Saunders Company, 1996. De acordo com os autores, em 1992 o Departamento de Agricultura dos E.U.A. publicou um guia alimentar diário - Pirâmide dos Alimentos - a fim de orientar a escolha dos alimentos necessários à uma dieta equilibrada. Ainda que ela possa ter sofrido modificações o que nos interessa é que, resumidamente, propõe-se a ingestão de gorduras, doces e óleos (ápice da pirâmide), 2-3 porções de laticínios; 2-3 porções de carnes, grãos, ovos, castanhas e similares; 3-5 porções de vegetais; 2-4 porções de frutas; 6-11 porções de pão, arroz, cereais e massas.

momento estaríamos diante de um dos principais fatores predisponentes de doenças e, por sua vez, também parte da base material para a morte. Assim, condições materiais historicamente produzidas de acordo com o desenvolvimento dos modos de produção da vida determinariam a maior ou menor necessidade de uma medicina paliativa, principalmente no mundo subdesenvolvido, para que afaste a morte antecipada e promova a vida. A medicina anda de mãos dadas com a vida e a morte que, por sua vez, andam “juntas” com as condições materiais, ou seja, toda riqueza material que a humanidade pôde produzir, principalmente no século XX³⁴, para cada vez mais melhorar sua qualidade de vida (desde alimentos, até equipamentos, etc.), é uma das marcas registradas da sociedade moderna. Tudo isto a partir da nova relação do homem com a natureza através da indústria.

Ontologicamente, isto é, de um ponto de vista “material-ontológico”, a medicina pode ser a vida, na raiz do termo – na pajelança, no misticismo, na ciência moderna, etc. - entendida como um conjunto de conhecimentos com a utilidade, prioritariamente, de promover a vida e o bem estar através do afastamento do sofrimento. É inconcebível imaginar uma medicina que surgiu no seio das tribos primitivas com intuito de promover a dor e a morte, o que não quer dizer que não existam situações onde isto possa ocorrer³⁵. A partir do momento em que a medicina se submete a uma organização numa sociedade dividida em classes, ela passa a ser, também, palco de contradições e um instrumento ideológico, ao lado de outras áreas do conhecimento (educação, engenharia, arquitetura, etc.) para sustentar o poder da classe dominante. A própria medicina, desde a divisão da sociedade em classes, enfrenta, no seio de suas próprias reformulações e readequações, a contradição entre uma medicina para a classe dominante e uma para os dominados, de modo que a teoria e a prática constantemente se colocam em questionamento acerca daquilo que é possível e necessário e daquilo que é interesse exclusivo. Numa visão moderna, a morte também se tornou uma representação concreta, inequívoca e inquestionável da incompetência, da ineficiência, do desinteresse e da alienação desta mesma sociedade que se diz moderna diante de um novo período do

³⁴ HOBSBAWN, E. *Era dos extremos. O breve século XX: 1914-1991: Parte dois - A Era de Ouro*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p 21.

³⁵ ZAIDHARFT (1990). Medicina, por definição, segundo autor, vem do latim e significa *arte de curar*.

capitalismo. Ainda que possam ser admitidos outros significados e símbolos para a morte, ela é, em muitas ocasiões neste início do século XXI, o fim da vida concreta em decorrência da insuficiência material. A morte torna-se importante tanto para o conhecimento de nossa proposta de medicina, digo, de como as condições materiais e o modo de produção da vida determinaram, direta ou indiretamente, sua organização, quanto como um dos elementos do eixo que deve orientar a educação médica.

Conhecer, ao longo da história, o modo como os homens morrem, permite ter, antecipadamente, um mapa rudimentar de por onde caminharemos na luta contra a própria morte e, portanto, contra as condições materiais adversas à vida e que favorecem-na. Compreender o desenvolvimento histórico-concreto da morte é o que interessa.

A medicina³⁶ pode ser uma ponte segura entre doença e a saúde não só através do modelo curativo-preventivo, mas atuando como avaliador das condições materiais produzidas durante a modernidade. A história da morte do homem moderno precisa ser conhecida na sua relação com os avanços tecnológicos determinados e permitidos pelos desdobramentos do capitalismo mundial, interessando também, o modo como o capital é utilizado. As pesquisas com a clonagem humana podem não interessar tanto quanto os resultados indiretos destas pesquisas, particularmente para o capital mundial e a grande fusão de empresas multinacionais interessadas em lucro, fenômeno já observado no início do século XX.

Um exemplo disto é a existência de um “mercado de genes” voltado para produção de alimentos transgênicos mais resistentes e ricos em determinadas substâncias além da disputa acirrada pelas patentes, pelo mercado de sementes, presenciado em particular no Brasil a partir na década de 90 do século XX³⁷. Mas isso não se opõe à miséria e à fome mundiais, tanto por que não tem levado mais alimentos aos

³⁶ MAFFEI, WE. *Os fundamentos da medicina*. São Paulo: artes médicas. Vol1, p15, 1978 - Segundo o autor "(...) *A anatomia, histologia e citologia patológicas deram à medicina a base científica retirando-a das especulações filosóficas para colocá-la entre as ciências naturais.*(...)"

³⁷ Desde por volta de 1995 assiste-se, no Brasil, como parte da globalização e do avanço do ideário (neo)liberal, a venda de empresas nacionais para grupos estrangeiros interessados em usá-las na pesquisa e desenvolvimento de sementes e plantas transgênicas, um mercado novo e promissor no que se refere a redução dos custos de produção de determinados produtos agrícolas.

necessitados, quanto pelo fato de causar o êxodo dos campos, pois a produção de plantas geneticamente modificadas, mais resistentes, dispensará ainda mais força de trabalho.

Mas a morte interessa diretamente para o médico e para sua formação intelectual basicamente porque é o limite da sua atuação. Não há possibilidade de recuperação da vida através de intervenção médica além da morte. A atuação sobre ela não interessa, mas sim a ação nas condições que favoreçam-na.

Passados milhares de anos desde a Idade Primitiva, hoje, a partir de uma concepção materialista-histórica, existem elementos suficientes para considerar a medicina como uma das áreas do conhecimento cuja intervenção no real está determinada pelas condições materiais da sociedade. Em particular, no que se refere à sociedade capitalista, isto ocorre basicamente de duas maneiras: de um lado há a ação médica, especializada ou não, sobre os efeitos determinados pela realidade material concreta, a mesma coisa que a determinação capitalista sobre os homens. De outro lado há a determinação do próprio modo capitalista sobre a organização da medicina ou, uma superestrutura - legislação, organização técnica, fundamentação, regulamentação do ensino, etc.

“(...) A estrutura social e o Estado nascem constantemente do processo de vida dos indivíduos determinados, mas destes indivíduos não como podem aparecer na imaginação própria ou alheia, mas tal como realmente são, isto é, tal e como atuam e produzem materialmente e, portanto, tal e como desenvolvem suas atividades sob determinados limites, pressupostos e condições materiais, independentes de sua vontade... A produção de idéias, de representações, da consciência, está, de início, diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio material dos homens, como linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens, aparecem aqui como emanção direta de seu comportamento material. O mesmo ocorre com a produção espiritual, tal como aparece na linguagem da política, das leis, da moral, da religião, da metafísica etc. de um povo. Os homens são os produtores de suas representações, de suas idéias etc., mas os homens reais e ativos, tal como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde até chegar às suas formações mais amplas. A consciência jamais pode ser outra coisa do que o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo de vida real. E se, em toda ideologia, os homens e suas relações aparecem invertidos como numa câmara escura, tal fenômeno decorre de seu processo histórico de vida, do mesmo modo por que a inversão dos objetos na retina decorre de seu processo de vida diretamente físico(...)”³⁸.

³⁸ MARX, K. & ENGELS, F. *A ideologia alemã*. 3. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1982, p. 36-7.

Assim apreendemos novamente a medicina, em meio à luta de classes ainda refutada por teóricos, onde a classe ainda hegemônica, através da normalização legal das ações, rearranja a medicina de acordo com seus interesses, isto é, de acordo com os interesses do capital. Mas os interesses do capital criam condições materiais ou, determinam um arranjo na estrutura econômica que não só estabelecem parâmetros de relações humanas como também, atualmente, nos moldes destas relações, colocam os homens mais próximos da doença e morte e, portanto, o médico, mais próximo dela – morte -, através do homem doente. Ele é o incumbido formal de lidar com ela. Queira ou não, o sofrimento e a morte estão na linha da ação ontológica do médico.

Segundo MAFFEI (1978, p.16) a medicina surgiu com o sofrimento humano, o mesmo significado da palavra patologia (do grego - *pathos*=sofrimento ou doença + *logus*=estudo).

Ainda segundo ele,

“(...) Se indagarmos: - Como e quando apareceu a Medicina, no fim de nossas pesquisas verificaremos que a Medicina nasceu com o Homem; de fato, desde o seu aparecimento sobre a Terra, o homem foi vítima ou testemunho do sofrimento e, por isso, sempre procurou observar as doenças que o afligiam e dar-lhes os remédios. Ora, toda vez que o homem verifica ou observa um fato, procura logo explicá-lo e a explicação obedece em geral ao espírito e ao grau de cultura e adiantamento científico da época e do meio. Do mesmo modo, a significação e interpretação das doenças não escaparam a essa regra(...)”.

Para nós, a condição – intelectual e material - para explicar algo, está dimensionada e determinada pelo grau de desenvolvimento material da sociedade que é definida pelo grau de desenvolvimento dos meios de produção da vida. Não poderíamos identificar – na Antiguidade e Idade Média - os microorganismos, sem o microscópio que foi o resultado do aprimoramento do uso das lentes também usadas nos telescópios. A idéia de teocentrismo só pode ser desfeita a partir da reunião de elementos concretos que propriamente a negavam. O antibiótico é resultado das pesquisas acumuladas em farmacologia e microbiologia sendo posterior ao descobrimento das vacinas. A importância do fumo na determinação de inúmeras doenças só pôde ser comprovada epidemiológica-experimentalmente após uns 100 anos de tabagismo, por sua vez possível através da industrialização do tabaco. Esses exemplos demonstram que não se

trata de desenvolvimento cultural-intelectual. Do mesmo modo, a compreensão, útil ao desenvolvimento do nosso raciocínio e embasamento filosófico nesta tese, de que grande parte das doenças resulta da ação de um agente externo (físico, químico, biológico) sobre um organismo sem condições de se defender e, numa minoria de casos, há uma disfunção inata de mecanismos de equilíbrio orgânico interno, é a que prevalece e não é muito antiga.

Ainda no começo do século XX acreditava-se que a gênese das doenças, entre elas as cardiovasculares e o próprio câncer, eram decorrentes principalmente da determinação genética (“carga genética”) individual herdada dos ancestrais. Algo como a cor dos olhos, cabelos, pele, etc, herdado de nossos pais e familiares, ancestrais, porém sem negar a importância da influência ambiental nalgumas delas. Hoje, porém, os estudos epidemiológicos e experimentais precisamente em ambos os grupos de doenças citados mostram algo pouco diferente: estas doenças parecem ser muito mais resultado do modo como o indivíduo vive – “estilo de vida” -, isto é, o que e quanto come, onde e como mora; no que e quanto trabalha; se pratica esporte, etc. Passou-se a valorizar a quimioprevenção, a boa alimentação, a ausência de stress, o esporte e o lazer, como mais importantes e determinantes. Hoje, o palco onde se dá a doença, com seus respectivos agentes causadores e a sua possibilidade de cura é muito mais multifatorial do que há algumas décadas e, portanto, deve merecer abordagens no mínimo complementares. Nós não concebemos a possibilidade de entender essas mudanças, tanto em relação à gênese das doenças quanto a sua possível cura, num contexto diferente daquele determinado pelos meios de produção da vida ou de determinadas condições materiais humanas. E isto é radicalmente material e não cultural. Hoje há uma possibilidade muito maior de, cientificamente, explicar uma relação³⁹ há muito conhecida pelo homem, qual seja, a de que as más condições de vida e as doenças não podem ser separadas, ou seja, numa perspectiva materialista histórica, ao abordar a etiologia (grego *etios* = causa + *logos* = estudo) de uma doença, qualquer que seja, deve-se considerar as condições de vida do doente, assim como, ao propor determinada terapêutica (em grego *cuidar*), deve-se considerar estas mesmas condições.

³⁹ WAITZKIN(1998)

Acreditamos que a medicina deva ampliar as noções de “causa” e “terapêutica” das doenças e perceber que pode atuar mais nas causas que são amplamente compreendidas, do que restringir sua ação principal ao tratamento das doenças e às inúmeras manifestações delas, entregando assim, às ciências naturais e suas derivações, a pesquisa da origem das patologias, atitude que tem feito com que a própria “doença” não seja compreendida como resultado da determinação de múltiplos fatores imbricados, ficando restrita ao espaço entre quatro paredes dos laboratórios de pesquisa ligados às ciências básicas, sem sair da universidade e do círculo medicina-indústria.

A história da humanidade mostra várias tendências e direções de reflexão tentando explicar os fenômenos da natureza preferencialmente no seu envolvimento com o homem. O homem tem necessidade de “explicar tudo”, e o faz, considerando suas condições concretas de existência (ou subsistência!). No tocante à medicina, na Idade Primitiva “tudo” explicava-se a partir de deuses, espíritos bons e maus, e seus representantes, animais, fenômenos naturais, etc. Na Antiguidade, as escolas filosóficas consideravam a natureza uma mistura do ar, terra, água e fogo e, por sua vez, a mistura desses resultava nas qualidades seco, úmido, frio, quente. A extrapolação de Hipócrates relacionou os quatro elementos aos quatro humores do organismo humano: sangue, “*phlegma*”, bile amarela e bile negra. Na Idade Média podemos encontrar a *Iatroquímica*, a *iatromecânica*, a *quimiatría*, entre outras tendências.

A partir do momento que nos aproximamos da Idade Moderna, a tentativa de se criar explicações gerais vai ficando cada vez mais difícil, mas ela ainda ocorre: doutrina do *animismo* (a função decorre exclusivamente da alma consciente e imortal), a doutrina do *pannervismo* (processo patológico depende do sistema nervoso), *organicismo* (doença não é apenas o resultado de lesões grosseiras, mas sim da alteração de estruturas mais finas, representadas pelos tecidos). Até 1826 os fetos mal formados eram considerados criações diabólicas, quando então von Baer mostrou que eram anomalias do desenvolvimento embrionário. Em 1847, Virchow estabelece os fundamentos da doutrina da patologia celular, segundo a qual todas as manifestações vitais, fisiológicas e patológicas são de natureza celular, sendo a célula a expressão da vida e a doença qualquer alteração da mesma ou de complexos celulares, determinadas por agentes externos.

Na segunda metade do século XIX, Pasteur e Koch demonstram, respectivamente, a relação entre microorganismos e doenças, assim como o contágio. No mesmo período Claude Bernard “cria” a medicina experimental. E no século XX, a explicação da doença a partir de agentes externos e da agressão celular predominou, parece-nos, na primeira metade do século, através dos agentes biológicos, e no final do século sendo incorporados agentes ambientais e fatores comportamentais, mas considerando-se a capacidade do organismo de se defender tão importante quanto os agentes. Embora especulação, achamos difícil negar que fossem outras as condições materiais da sociedade, talvez os agentes biológicos tivessem menor importância, ou seja, corpos mais saudáveis adoeceriam muito menos por infecções. De acordo, com isso a melhoria das condições materiais protegeria o homem destes agentes infecciosos, ou seja, eles teriam maiores chances de atacar somente os corpos mais vulneráveis, fora de um equilíbrio funcional fisiológico. Há quem, no final do século XX, conteste a etiopatogenia do vírus HIV na gênese da AIDS⁴⁰. Será que a grande maioria das doenças não poderia ser prevenida, algumas até tratadas, a partir da melhoria das condições de vida das pessoas, a exemplo do que se postula hoje para o câncer? São melhores e maiores as chances de se proteger contra câncer as pessoas que adotam hábitos de vida saudáveis, porém, que só são permitidos a partir de determinadas condições materiais de vida, adquiridas com trabalho (poder aquisitivo).

No modelo atual fala-se em prevenção contra o câncer e outras doenças, todavia admitindo-se um patamar de satisfação das necessidades básicas. A restrição das ações ao modelo tradicional de prevenção às doenças não reduzirá a incidência das mesmas de forma efetiva. E o tratamento atual proposto para doenças, como câncer - quimio e radioterápico-, talvez tenham tido mais sucesso não exclusivamente porque existem novos produtos e novas pesquisas, mas também porque a abordagem das doenças tornou-se multidisciplinar sendo envolvidos fatores como mudanças no estilo de vida, dietas, uso de vitaminas e quimiopreventivos, psicologia, etc. Não há dúvida que são fatores confundidores significantes. Talvez não sejam para os fabricantes de drogas anticâncer e equipamentos médicos de alta tecnologia, mas certamente serão

⁴⁰ AIDS – acquired immunodeficiency syndrome (SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

considerados, num novo julgamento científico, por aqueles que se respaldam na ciência racional moderna para interpretar a produção de novos conhecimentos médicos.

É assim que temos alguma chance de separar o conhecimento utilizável para o bem estar humano e sua reintegração social, daquele conhecimento que beira a charlatanice-crendice-misticismo ou mesmo aquele produzido com intuito de gerar lucro⁴¹. A questão central que se coloca hoje e que temos condições de responder ou, no mínimo refletir subsidiados por outros elementos é: de quantas maneiras podemos abordar as doenças? Será que poderíamos ampliar a “noção”⁴² de adoecer e morte, esboçada por Virchow e outros pesquisadores no século XIX e início do século XX e esquecida no decorrer deste último, e passar a considerar mais as condições materiais em que vivem os homens como determinantes diretos ou indiretos do adoecer? Em que medida e intensidade toda parafernália existente – antibióticos, cirurgias, vacinas, equipamentos, laser, etc - frutos da inovação e aprimoramento tecnológicos do século XX e herança do início da industrialização moderna, seria necessária para promover a saúde, tratando basicamente da doença? Se fossem melhoradas as condições básicas de vida da maioria dos homens, as doenças teriam um padrão semelhante ao atual? Satisfeitas as condições materiais básicas de vida de uma grande parte dos povos, será que não aboliríamos muito do arsenal médico ainda utilizado hoje para o tratamento de muitas doenças?

Com esta concepção é que devemos encarar o adoecimento ou a doença e sua consequência mais temível para o homem moderno: a morte.

Nós defendemos que o esclarecimento do homem moderno do século XXI, a partir dos pressupostos do materialismo histórico e da dialética *marxiana*, pode dar sequência ao projeto Iluminista e formar homens preocupados com a manutenção da espécie num planeta habitável, interessados em viver uma vida prazerosa terrena e não eterna, que reconheçam a possibilidade de divisão material para que todos vivam e não somente sobrevivam por um período, até que uma situação melhor apareça, e que antes de serem solidários e pensar e defender a solidariedade, que sejam políticos e defendam a satisfação material sustentada e, enfim, embora tenham um desenvolvimento físico e

⁴¹ LANDMANN, J. *A ética médica sem máscara*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1985 e *Evitando a Saúde & Promovendo a doença*. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1986.

⁴² WAITZKIN(1998)

psíquico superior ao dos seus antecessores que, guardadas as proporções, aceitem o modelo básico de vida e morte de outros animais, isto é, de modo racional que vivam sem esquecer que morrerão e que a vida de outros homens continuará e passará por novos desafios, talvez nem sonhados por nós.

1) A Possibilidade de uma Concepção Renovada da Morte para o Século XXI

De acordo com a nossa perspectiva de análise desenvolvida até aqui, a obra⁴³ que nos serve de referência por tratar do tema morte e sua relação com a formação do médico, embora ampla, está incompleta. Ela não aborda a visão de morte que mais nos interessa, principalmente pela sua potencialidade educacional e transformadora, qual seja, a de que a morte é, independentemente de qualquer concepção - idealista, metafísica -, um fenômeno natural que qualquer espécie viva está sujeita e, de modo geral, está diretamente muito mais ligada às condições materiais de subsistência do que a qualquer outro fenômeno.

Assim, de acordo com o que já desenvolvemos, a morte está condicionada e é determinada para a maioria dos homens, pelo modo como estes mesmos organizam-se para produzir a vida. Nesse sentido, a ânsia em desvendar o “pós-morte” parece ser mais uma necessidade de criar fantasias na esperança de que superem as expectativas não preenchidas materialmente nesta vida, porém numa outra vida. O peso das más condições materiais medievais fazendo com que a morte se tornasse onipresente por séculos, parece-nos, ponto de vista algo semelhante ao de ARIÈS⁴⁴, foi o que forçou o homem a criar outro mundo, melhor do que o real e com alguma esperança de, naquele local/mundo idealizado, pudesse viver e não só sobreviver e então driblar a morte a todo momento, como parece ter ocorrido no período medieval. Nalguns aspectos isto se repete na Modernidade, mas, esta postura, ainda que irregularmente, dissipar-se-á às vésperas do esgotamento do feudalismo.

⁴³ Zaidhaft, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990,

⁴⁴ Ariès, P. *O homem diante da morte*, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1981 citado por Zaidhaft (1990).

Um fenômeno que, pelas raízes da tradição, torna os homens alienados, apáticos, passivos e cúmplices nesta vida, de uma organização social classista, ideologicamente e materialmente sólida, com uma má distribuição que vai mostrando ser insustentável.

A medicina, mãos dadas com a morte e com a vida, não deve mais restringir sua ação ao âmbito exclusivo das ciências naturais, digo, promover ações curativas-preventivas munida apenas de instrumental herdado da biologia, física, química e seus derivados, uma herança moderna que ainda prende o médico a idéia de que tudo pode ser tratado exclusivamente por aquilo que pertence à área da saúde, por ele ou outro profissional da mesma área.

Neste sistema contraditório e dialético, é difícil considerar a medicina como ato sacerdotal⁴⁵ pelas próprias condições dadas de conhecermos os mecanismos determinantes dessa própria realidade moderna que hoje se nos apresenta.

No início da modernidade a relação da medicina com a morte passa a ter um caráter diferente, o que é quase unanimidade para muitos autores. Neste período os homens já possuem condições materiais para explorar, cientificamente e racionalmente, a morte⁴⁶.

"(...) Se, milenarmente, a vida trazia em si a ameaça de doença, e esta, ameaça de morte, no século XIX, a relação entre esses três termos passa a ser pensada cientificamente. Se, até o século XVIII, o médico tinha o olhar dirigido para a vida e a cura de doenças, sendo a morte uma ameaça sombria a seu desempenho, no século XIX, o olhar médico passa a se apoiar na morte como instrumento que possibilita apreender a verdade da vida e a natureza de seu mal(...)

O lema do início deste século é formulado por Xavier Bichat: "Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar". (ZAIDHAFT 1990, p.97)

⁴⁵ ZAIDHAFT 1990, p.95. Em relação ao período neolítico"*(...) A medicina é sacerdotal... As funções médicas são fruto de uma ação divina e o médico e sacerdote tem o poder de vida e morte sobre seus pacientes ... A doença e a morte, aqui, são consideradas como um castigo divino por infração de algum tabu(...)*"

⁴⁶ *ibid.* p.97.

Então, o que se dá através da concreta relação entre o vivo - médico necroscopista que, de uma análise basicamente macroscópica⁴⁷ dos órgãos do corpo, formaliza hipóteses diagnósticas e vai, gradativamente, munindo-se de equipamentos como microscópio e principalmente de conhecimentos advindos da física, química e biologia -, e o cadáver - paciente morto em função principalmente das próprias condições de vida⁴⁸ determinadas pelo modo de produção da vida. Médicos dos séculos XVIII, XIX e boa parte do século XX talvez não considerassem que a interpretação das doenças poderia ser também um modo de conhecer a realidade de como os homens vivem em sociedade, digo, de reconhecerem que são as condições materiais que permitem os homens viverem mais ou menos tempo, com maior ou menor qualidade de vida, e em grupo.

O “tratamento” de mortos e, portanto, da morte no curso da história também foi diferente para cada uma das classes sociais. No século V os mortos ricos eram enterrados próximos dos santos enquanto os pobres eram enterrados na periferia das igrejas. A mortandade assustadora durante a Idade das Trevas fazia com que milhares de corpos fossem amontoados indiscriminadamente em covas coletivas, enquanto ricos eram enterrados nas igrejas. Crenças e religiões ao longo da história mediarão, e continuam mediando, a relação dos vivos com a morte e com seus mortos,

⁴⁷ Cf. OLIVEIRA (1981) E MAFFEI (1978). Karl F. Rokitanski (1804-1878) – Médico que teve grande importância na área das doenças ocupacionais, chegando a realizar mais de 30.000 necropsias ao longo de sua vida profissional, sendo considerado o maior macroscopista da medicina moderna. Com o aprimoramento do microscópio e sua possibilidade de uso principalmente no século XIX, ele passará a sofrer oposição de Rudolph Virchow que além da macroscopia passou a usar a microscopia para formular teorias, hipóteses mais concretas, publicando por volta de 1858 trabalhos que revolucionariam a medicina teórica e prática. Segundo ele “(...) *todas as manifestações vitais, fisiológicas e patológicas são de natureza celular; a célula constitui o elemento figurado de toda manifestação vital e, por conseguinte, a doença depende de alterações de células ou complexos celulares, determinadas pelos agentes externos(...)*”. Estes são os fundamentos da doutrina da *Patologia Celular*. A propósito, é importante ressaltar que a trajetória de Virchow pode ser uma síntese do modelo médico que defendemos. Em vida ele pôde implicar o ato médico como uma ação principalmente política e, por outro lado, ele construiu as bases da patologia moderna. Passados 150 anos da sua obra, podemos hoje perceber que durante todo o século XX ele foi mais utilizado-cultuado como “Pai da Patologia” e agora no início do século XXI passa a ser também citado como um dos ícones da medicina social, que é aquela que estabelece uma relação entre as condições de vida e a gênese das doenças.

⁴⁸ ENGELS, F. “*A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*”, Porto:Afrontamento, 1975. Para maior riqueza de dados e detalhes sobre as condições materiais da sociedade capitalista industrial do século XIX é importante considerar esta obra que não é a única a tratar deste assunto. Nossa opção por ela se deve também ao fato de ter condensado vários relatórios médicos. Ainda que seja uma das nossas teses, o ambiente concreto que exigiu e permitiu a construção das bases da medicina moderna está até hoje presente no cotidiano dos médicos do século XXI de uma forma “matricial” ligada ao Capitalismo.

perpetuando uma cegueira que não permite ver a morte concreta e assim, nela mesma, suas raízes.

A impossibilidade material que permitisse evolução do pensamento médico fazendo com que houvesse, minimamente, uma interrupção da mortandade por pestes, nos leva a pensar que a visão de doença na Idade Média ainda encontrava explicação sobrenatural, não havendo qualquer ligação, parece-nos que as condições materiais eram determinantes e, assim, seguia-se queimando epiléticos e velhas como representantes do mal ou da bruxaria. Segundo HAGGARD (1941, p. 127) acerca do período de decadência do Império Romano,

“(...) En un pueblo cuya mente está sólo en cielo, que busca milagros y la ayuda de Dios, no hay lugar para la ciencia, ni para la clase de Medicina que Hipócrates, e incluso Galeno, habian practicado; la fe, la esperanza y las oraciones habian sustituido a la ciencia(...)”.

Qualquer tentativa de desvendamento da realidade medieval na busca de soluções para doenças que dizimavam populações inteiras era visto como ofensa à ordem religiosa estabelecida que viria a compor solidamente a classe dominante ao longo da Idade Média. Nesse sentido, à religião católica e todo seu aparato, coube a posição, de um lado, confortadora, solidária de amenizar o processo de adoecimento e morte pela criação-sustentação da fantasia pós-morte e, de outro, em manter seu poderio hegemônico de classe dominante ao lado da nobreza. A posição de classe dominante determina uma visão de sociedade que mantenha o *status quo* da mesma. Daí a Inquisição. Associa-se a produção de conhecimento racional às religiões não católicas, as quais, por sua vez, apenas representavam os interesses de uma classe incipiente: burguesia.

No que se refere ao trabalho médico no período das cruzadas, HAGGARD (1941, p 161) retrata o alcance dele nos hospitais, período que sucedeu aquele em que a peste e o tifo, “transportados” pelos viajantes, tinham espalhado epidemia e morte pelo mundo:

“(...) En Grecia y en Roma, en la antiguidade, se miraba a los enfermos com cierto menosprecio... eran individuos com mala suerte, reprobados... Mas los cristianos creían que la enfermedad y el dolor acercaban a Dios; el que sufría era un ser privilegiado y

el que lo ayudaba compartía este privilegio y se acercaba más a la semejanza de Cristo. El cristianismo fundó el principio de que ayudar al enfermo y necesitado es un signo de fortaleza y no de debilidad. Y en consecuencia se fundaron órdenes religiosas para cuidar de los que se enfermaban y caían heridos durante las cruzadas... tales hospitales eran unos edificios rudimentarios, con paja esparcida por el suelo, en lugar de camas, y donde se daba comida e abrigo a los pacientes; los cuidados medicos eran insignificantes... se sabia muy poco de como cantagiaban las enfermedades(...).

Assim, através da ideologia da riqueza do reino dos céus e do teocentrismo, reforçado e vigiado pelos tribunais da Inquisição, ainda que de forma alienada, a Igreja Católica pôde manter os miseráveis quietos à espera do reino dos céus e também enriquecer com o processo de adoecimento e morte, pois, sabendo que nas condições materiais existentes, “pouco” seria feito para a recuperação dos doentes, os nobres entregavam fortunas para ter, noutra vida não terrena, aquilo que sabidamente não teriam nesta. À medicina medieval, que ignorou toda sapiência grega, coube, durante a Idade Média, somente amparar o miserável. Assim, esta prática médica confunde-se, digo, ela é propriamente o amparo psíquico, o conforto emocional que cuida do moribundo, mas não questiona as raízes dos males ou, se questiona, contenta-se com as respostas vindas por mensagens do céu, deuses, astros, santos, etc... Talvez, muito deste pensamento e comportamento estivesse relacionado às más condições materiais das sociedades. Todavia, sem comparações, pois tratamos de períodos históricos muito distintos - o medieval e o moderno -, há algo intrigante: passados séculos, notamos agora no século XXI, e considerando toda possibilidade técnica de satisfazer concretamente as necessidades materiais humanas mais básicas, o fato é que elas ainda não foram satisfeitas para a maior parte dos homens e nem parece que serão tão cedo no século XXI. E como não há satisfação material, há sensibilização-mobilização de segmentos da sociedade ao encontro dos efeitos da miséria, sem sabê-lo. É o que ocorre hoje com a medicina propalada pelo governo e por setores ligados à educação médica que defendem a inserção do médico em locais, na maioria das vezes, sem as mínimas condições básicas de vida para que, de um modo moderno-burguês, mas à sombra do modelo católico-medieval, os profissionais da área da saúde dividam a miséria e o sofrimento e, despojados de uma mínima formação política, comportem-se como ‘monges’. Segundo OLIVEIRA (1981, p.144),

“(...) A insistência no tema perante sucessivos Concílios revela a resistência encontrada da parte do clero em abrir mão das suas atividades médicas no meio mundano. É de justiça assinalar que o escopo dessas determinações não era interferir na obra de misericórdia desempenhada pelos religiosos e sim trazer ao adequado e prudente nível a assistência prestada, limitando-a ao apoio moral e aos serviços de enfermagem nos hospitais(...)”.

De acordo com Zaidharft (1990), por volta do século XIV e XV nota-se uma mudança do modo como os homens passam a considerar a morte. Gradativamente ela vai tornando-se mais um fenômeno da natureza (fim da vida terrestre) e menos a passagem para um outro mundo. Esta visão será reforçada por uma noção de "individualidade" onde a alma separa-se do corpo, permitindo que este se transforme cada vez mais em objeto de estudo, investigação das causas da morte, ou seja, permitindo tentativas de desvendar os mecanismo das doenças que no final causavam a morte, de posse dos conhecimentos que já vinham sendo produzidos com base nas ciências naturais⁴⁹. Embora possam existir inúmeras abordagens dos fenômenos vida e morte na transição da Idade Média para Idade Moderna, um fato inegável, baseado nos estudos daquele período e para quaisquer linhas interpretativas destes fenômenos, é que todos devemos considerar uma realidade onde a contradição intrínseca e inerente a estes mesmos fenômenos merecia uma resposta adequada, mas que só agora podia ser dada devido às novas condições materiais que se colocavam diante dos novos homens.

⁴⁹ OLIVEIRA, A.B. *A evolução da medicina até o século XX*. São Paulo, Pioneira, 1981, p.371. *“(...) A orientação trazida por Magendie não limitou-se à fisiologia e à farmacologia, estendendo-se à patologia, dando-lhe um caráter mais amplo de uma fisiologia patológica. Segundo ele “La Medicine est la Physiologie de l’Homme Malade(...)”*. No século XIX a medicina evolui com a física e a química e, progressivamente vai tornando-se ciência. Não há “espaço” para lucubrações, raciocínios engenhosos e sedutores, e sim para observação e pesquisa. *“(...)A medicina iria evoluir com as ciências e com a pesquisa em surto magnífico no século XIX (...)”*. Agora a moléstia era um episódio multifacetado onde aliavam-se desvios funcionais e alterações patológicas variáveis. *“(...) Essa é a denominada medicina anátomo-patológico-clínica ou medicina hospitalar (...)”*. A medicina hospitalar estreitava progressivamente os laços com as ciências físicas e químicas. Sua base era a fisiopatologia. O destino das ciências agora estava ligado com a vinda da investigação e experimentação básica para o campo da biologia. Há uma série de aquisições dessa orientação pós revolucionária, como a *“(...) síntese da uréia (1828, Wohler); assimetria molecular (Pasteur, 1848); osmose (1897; Pfeffer); raios X (1895, Roentgen); radioatividade (1896, Becquerel); radium (1898, P. e M. Curie); energia quântica (1905, Einstein); definição de pH e índice de acidez (1909, Sorensen); (...)*”. Essa expansão dos métodos laboratoriais trouxe para a medicina clínica avanços na bacteriologia, anatomia patológica microscópica e na estatística. De especulativa, teórica e imaginativa, a medicina transformava-se em verdadeira ciência positiva.

Não são de outro período os pensamentos revolucionários de Galileu, Descartes, Francis Bacon, etc, ao lado dos sinais de esgotamento do feudalismo. Ora, nas novas relações econômicas que vinham se estabelecendo entre os homens, o espaço para a hegemonia da classe dominante, digo, clero e nobreza, era cada vez menor. Parece-nos então adequado crer que a redução da mortalidade entre os homens fosse tornando-se uma tarefa inadiável. Desimpedidos das limitações anacrônicas da Igreja os homens podiam agora, ir diretamente a ela, morte, através da abertura dos cadáveres, na esperança de que encontrariam, quem sabe de forma clara, a *causa mortis*. Entendemos que, desde as primeiras disseções imbuídas de intencionalidade⁵⁰, seja em animais irracionais, seja em humanos, não poderia existir outra finalidade além daquela de conhecer o interior do corpo humano e, a partir da repetição do ato, que segundo Xavier Bichat⁵¹, “não precisava ser em demasia”, e das constatações advindas deste processo cognitivo que iam sendo compiladas em vários relatos e por de vários homens espalhados pela Europa, formava-se então, gradativamente, a idéia de doenças distintas. Nem sempre a causa pôde ser estabelecida com clareza ficando somente para a posteridade, seja no fim do século XIX e/ou ao longo do século XX. Algumas até hoje continuam a ser refeitas, reelaboradas, como podemos comprovar nas teorias acerca da etiologia do câncer.

Na perspectiva histórica que estamos desenvolvendo, o aspecto nuclear que interessa para que seja utilizado como elemento fundamental na organização da educação médica e que acreditamos que fará com que haja uma confluência de interesses além de poder aproximar, estabelecer e confirmar cientificamente inúmeras situações médicas é o da relação entre doença-morte ou vida-saúde X condições materiais determinadas a partir do modo de produção da vida. Portanto, a ligação histórica definitiva e incontestável entre a medicina e a estrutura econômica das sociedades se concretizará. Existe, portanto, um nexos material, histórico e dialético entre o modo como

⁵⁰ Acreditamos que há diferença entre a disseção e a retirada de vísceras com finalidade de embalsamamento, como no Antigo Egito, onde os profissionais incumbidos desta prática já tinham algum contato com os órgãos humanos, porém não interessando nestes casos, encontrar uma *causa mortis*, isto é, estabelecer uma relação causal entre a morte, um ou mais órgãos alterados e uma etiologia. Afinal, até o fim da Idade Média, grande parte dos povos e daqueles envolvidos com a tarefa de promover a saúde e afastar a doença e a morte acreditavam em causas místicas, espíritos, astrologia, entre outras causas sobrenaturais, mesmo encontrando alterações grosseiras nos órgãos.

⁵¹ Zaidhaft (1990, p.97).

o homem viveu e morreu ao longo do processo de evolução humana e o modo como produzia a vida.

É este desenvolvimento histórico que necessariamente determina readequações, reformulações teórico-práticas da medicina. Numa perspectiva futura para a medicina, ignorar este aspecto é acreditar que não existem novas possibilidades dos homens estabelecerem relações entre si senão aquela da expropriação material que é, radicalmente, uma das principais causas de doenças e mortes. A luta da medicina, embora não há muito tempo, tem estado restrita a ação curativa-preventiva, ontem, contra microorganismos e no nível assistencial hospitalar e, hoje, nas Unidades de Saúde Básicas, porém, ambas vinculadas, exclusivamente, à própria ação médica. Não há uma atuação da medicina no sentido de considerar seu campo de interferência no processo de desenvolvimento humano como algo mais amplo e, portanto, mais dependente de outros fatores, dados e informações oriundas de outras áreas do conhecimento. E como não poderá dominar os inúmeros campos do conhecimento, o médico deverá associar-se, cada vez mais, com áreas afins para estabelecer metas de ação, no mínimo para o Terceiro Mundo.

No princípio da Modernidade e de acordo com a definição de *Medicina*, parece-nos lógico, diante de tantas mortes em decorrência de males ainda incuráveis, que prosseguissem cada vez mais as disseções ao encargo do médico, membro da sociedade e formalmente incumbido de encontrar “soluções para morte”. Além da riqueza de detalhes que começam a surgir a partir das disseções na tentativa de entender os fenômenos ligados às doenças, associa-se o fato de que não era mais aceitável tamanho número de mortes, num capitalismo incipiente. Sem a crença total no paraíso, na vida eterna, a vida terrena deveria tornar-se mais longa. A morte progressivamente torna-se um incômodo sob todos os aspectos, mas principalmente o econômico.

Sem generalizações, é importante lembrarmos que os deslocamentos populacionais (geográficos) ao longo da história do homem - as diásporas, a navegação para as Índias, América, etc., os êxodos rurais, como aqueles ocorridos no início da modernidade com a Revolução Industrial e mesmo aqueles ocorridos na segunda metade do século XX pelo mundo -, tiveram, e continuam tendo, importância alguma forma de reorganização da medicina – ensino e prática. Acreditamos que esta reorganização em

muitas situações se fez em função da economia ou como conseqüências dos modos de produção.

Mas, na modernidade, a medicina reorganiza-se principalmente para proteger o enriquecimento social. Segundo Zaidhaft (1990) desde o século XVIII, o médico já sofria pressão dos poderosos, desejosos de riqueza, para lutar contra a morte e fazê-la recuar, embora até o século XIX o médico seja mais um espectador da morte, nada ou muito pouco podendo fazer para evitá-la. Tratava-se de promover a saúde do proletariado, de onde vem a força de trabalho que seria vendida e de onde se poderia extrair a *mais valia* ou o lucro e o enriquecimento do capital. Mas, admitindo que haja, ontologicamente, um papel para o médico e a medicina, ambos muito bem estabelecidos ao longo dos séculos, devemos considerar que a pressão sobre o médico como forma de cobrança pela resolução de problemas como a doença e a morte sempre existiu. São fenômenos intrínsecos ao exercício da medicina.

Seja qual for a idéia do homem antes e após a morte, é fato, hoje, e está cientificamente comprovado, que podemos definir com exatidão cada vez maior os mecanismos que causam a morte. E seus mecanismos, que são cada vez mais determinados por condições concretas, reais, nunca estiveram tão longe de causas ideais ou, ligadas às forças sobrenaturais, e perto do desvendamento, como hoje, permitindo-nos saber, concretamente, por que morremos numa “Modernidade” munida de aparato intelectual-tecnológico nunca visto antes pela humanidade. (Hobsbawm, 1997)

Se a humanidade no período Moderno e, em particular, o seu representante no que se refere ao desvendamento dos mecanismos causadores da morte, digo, o médico, têm procurado exaustivamente as “*causas mortis*” reais, concretas e não ideais, isto é uma outra questão. Vimos em estudo recente⁵², que ao longo do século XX, os médicos, respaldados pela sociedade contemporânea ignorante e alienada dos seus direitos, têm se afastado da possibilidade concreta de esclarecer os mecanismos da morte ao desistirem da necropsia e de incorporarem a ela os avanços tecnológicos. Não há fundamentação racional científica para que seja considerada como procedimento dispensável para a averiguação das condições que determinaram a morte imediata e as causas básicas da

⁵² SOUSA (1997, p.167-8).

mesma. Ela, na maioria das vezes, é uma espécie de resumo de vida de uma pessoa podendo denunciar como aquela pessoa viveu, ou seja, sob que condições aquela pessoa viveu, o que inclui o que comia e bebia, onde e quanto trabalhava, onde morava, qual seu lazer, etc. O que se deve fazer hoje para que essa apuração seja efetiva é associar à necropsia todo arsenal tecnológico disponível, fruto das conquistas científicas modernas, além de dar formação política e econômica ao médico, para este iluminar os achados *pós mortem* e permitir que realmente apareçam as verdadeiras *causas mortis* nos atestados e não as fictícias, fruto de suposições clínicas dos próprios médicos. Aqui os determinantes do modo de produção capitalista são evidentes, embora ideologicamente possam estar dissimulados. Com essa atitude cria-se “dois mortos”, que denominamos de “morto ideal” e “morto real”:

“(...) O sistema de produção capitalista acentua a já existente divisão do trabalho intelectual-manual. Há então uma divisão do próprio trabalho regulada pelo modo de produção capitalista. Aqui ganha importância ainda maior, em particular para nossa proposta, a relação da atividade produtiva humana social e sua ligação com o concreto ou, o real. Na produção capitalista (fábrica moderna/ indústria) a cisão entre trabalho manual e intelectual, numa mesma atividade, priva intensamente o trabalhador (manual) dos conhecimentos teóricos. Arriscaríamos uma analogia entre o médico “puro” cientista ou especializado, pesquisador de laboratório [por vezes alienado!], um profundo conhecedor de determinada área, e o médico das áreas clínicas, talvez um tipo de “operário da saúde” [também por vezes alienado!] no sentido de estar privado de conhecimentos mais avançados e pesquisas, e estar diretamente ligado a produção da saúde, mais concretamente nos hospitais comunitários, ambulatórios, emergências, unidades básicas de saúde, enfim, aquele que está em contato contínuo com a população [em moda hoje, com apoio do governo nacional –Ministério da Saúde -, e internacional – OMS, BIRD, Banco Mundial,... -, o médico de família e o incentivo e prioridade da Assistência Primária, etc]. Aqui a necropsia seria uma possibilidade (não isoladamente) de transformar o trabalho negativo ou alienado de ambos, numa possibilidade de trabalho positivo, a partir da apropriação de conhecimentos bilaterais e sua reflexão coletiva diante do morto concreto, isto é, aquele necropsiado e cuja finalidade é a de permitir a elaboração de estatísticas de mortalidade numa população, para que sejam elaboradas políticas de saúde adequadas, e não de um morto ideal que atualmente está presente na maioria dos atestados de óbito. Isto é relevante porque, às causas mortis “abstratas”, ou “ideais” (sem respaldo da necropsia), cabem medidas de saúde, governamentais, de mesmo perfil, ou seja, “ideais” ou, desconectadas das necessidades reais(...)”

Não é objeto deste estudo entrar numa discussão acerca de “*continuidade pós-morte* [ou], *Ritos fúnebres para expressar, reabsorver e exorcizar o impacto do*

aniquilamento [ou] *Um estado intermediário entre a vida e a morte*⁵³. Tais conjecturas devem ficar para os interessados, mas, nos cabe aqui somente o significado desta curiosidade pelo “pós-morte” quando ela se repercute e promove, no processo de compreensão das causas de morte, o distanciamento do homem da verdade histórica concreta.

Tudo leva a crer que com a modernidade e com ela a necessidade de adequação do homem, força de trabalho, ao sistema capitalista, a morte necessitava, e pôde ser desde então e progressivamente, interpretada com bases científicas, mantendo-se longe das explicações sobrenaturais. Agora no período Moderno recente, precisamente início do século XXI, a possibilidade e o interesse do homem de morrer mais tarde, mas antes disso, poder viver melhor, ocorre simultaneamente a uma nova fase de desenvolvimento do capitalismo, mas que ainda preserva a peculiar dependência da força de trabalho como mercadoria que, por sua vez, ainda está relacionada ao grau de industrialização e desenvolvimento tecnológico. Neste contexto inédito são criadas novas condições para explicar a morte com bases concretas, isto é, a partir de novos avanços científicos oriundos das ciências naturais.

Das várias abordagens e representações culturais que a morte pode ter, o enfoque da “vida após a morte” talvez seja um reflexo ou um símbolo da necessidade inconsciente, desejosa e apaixonada do homem prolongar a sensação de prazer experimentada concretamente ao longo da vida, em contato com coisas e situações agradáveis. Mas, também, parece um desejo ardente de compensar o sofrimento considerado “inevitável”, ou um desígnio dos deuses, nesta mesma vida, as satisfações humanas mais básicas como comer, beber, morar, dormir, etc, não foram realmente alcançadas. Em resumo, certamente é uma necessidade de continuar vivendo e, obviamente, de modo sempre melhor, mais prazeroso do que aquele vivido.

Nalgumas culturas o homem pareceu querer continuar sua vida terrena, concreta, real, usufruindo ainda um pouco mais daquilo que lhe pertencia em vida, porém, num outro local imaginário - local ainda necessário porque ele queria prolongar a experiência desta vida e algo mais! -, pois a vontade de viver era maior do que as condições

⁵³ ZAIDHAFT(1990, p.46-7).

materiais talvez pudessem permitir e, de acordo com esta, a possibilidade da medicina prolongar a vida e afastar a doença, o sofrimento e a morte:

“(...) No Egito, os faraós eram embalsamados e tinham a companhia (chamemos assim) de esposas, servidores, riquezas e até mesmo de literatura erótica, inscrita nas paredes das pirâmides, para deleite do soberano em sua segunda vida (...)”⁵⁴.

Esse aspecto de uma vida ideal, eterna, da alma, do espírito, etc, após a morte desta vida real, concretamente determinada, prolongou-se, principalmente até a modernidade como uma forma de satisfazer, no “além vida terrena”, aquilo que não pôde ser satisfeito nesta vida, uma maneira até de, ideologicamente, justificar a impossibilidade de satisfação das necessidades materiais de toda humanidade, também representada pela extinção do escravismo e posteriormente do feudalismo. Quando o homem pôde, através da ciência moderna – fruto do novo modo de produção da vida -, reconhecer e atuar contra tudo aquilo que pudesse causar o sofrimento, a doença e finalmente a morte, ele o fez principalmente através da medicina que passa a ter, além de oficial, maior responsabilidade moral nesse papel de prolongador-promotor da vida do que aquele do Estado iluminista.

Ela, medicina, que desde tempos primitivos atuou contra a morte pôde ser, e ainda tem sido, hoje, devidamente instrumentada para tal. A relação “doença/morte X saúde/vida/longevidade” sob a interferência da medicina, modernamente imbuída de poderes científicos para corrigir o curso errôneo dos fatos, foi preponderante até por volta do segundo quartel do século XX.

É importante observar que a Medicina Moderna foi “intimada” a controlar as elevadas taxas de mortalidade no proletariado – a força de trabalho e “razão da existência” do modo de produção capitalista -, sem interferir no lucro burguês (ZAIDHAFT, 1990). Até hoje a receita a ser seguida, a partir da relação medicina-capitalismo (lembremo-nos das políticas neoliberais e do contexto da globalização) é, numa linguagem figurada, esta: “eu” – classe dominante: burguesia -, lhe instrumento para “você” – medicina burguesa-, atuar estritamente na sua área – curativa e preventiva -, e preservar minha força de trabalho – classe desprivilegiada, necessária para

⁵⁴ ZAIDHAFT(1990, p 46) – grifos nossos.

‘sobrevivência’ desta nossa sociedade, sem, entretanto, interferir nos meus lucros. Atualmente isto implica em promover saúde sem o “Welfare State”.

A influência e determinação direta, clara ou não, do modelo capitalista – sempre existente, porém com peculiaridades inerentes aos desdobramentos do modo de produção -, na prática e no ensino médicos, passa a ser, parece-nos, mais intensa de acordo com o grau de diferenciação e especialização técnica que vai sendo atingido no século XX, chegando a desviar muito o curso da proposta inicial de promover a vida, ou seja, promovendo-a de um modo muito mais técnico, lucrativo e “auto designando-se” como a base fundamental da própria “promoção da vida”. Mas, no nosso entendimento, trata-se de uma medicina determinada a promover a vida, a saúde, de um modo equivocado ou, no mínimo, desvirtuado, como podemos só recentemente confirmar através de provas científicas. No fim do século XX e início do século XXI é sabido que a assistência médica – mesmo a básica -, pode promover, em larga escala, menos saúde/vida do que a própria melhoria das condições materiais de vida das pessoas. Se outrora a relação pobreza, doença/morte já fora estabelecida sem uma base científica, hoje ela pode ser feita com todo rigor que demandam as pesquisas modernas, como vemos nos estudos sobre o câncer⁵⁵ e doenças cardiovasculares, além do *Diabetes Mellitus* e da epidemia de obesidade, determinadas principalmente pelo estilo de vida.

Nossa tese necessitava de um elemento da sociedade moderna que costurasse, cientificamente, a relação saúde/vida/longevidade X doença/morte com as condições materiais, historicamente produzidas no curso das transformações capitalistas, até alcançar o contexto atual neoliberal. Elegemos, então, os estudos sobre a relação entre componentes alimentares (representando as condições materiais) e o câncer (representando a doença e a morte, ou a falta de saúde e impossibilidade de vida e longevidade), por atender nosso desejo e já termos algum conhecimento prévio sobre o assunto. Dessa forma, entendemos que o referencial materialista histórico, e a dialética *marxiana* e a medicina formaram um elo indissociável, e esta matriz pôde ser apreendida, sempre numa perspectiva de evolução e histórica, para servir de fundamento retirado do real à nossa reflexão sobre a educação médica - nesta estando implícita qual

⁵⁵ Outros elementos poderiam ser usados para ilustrar e representar as condições materiais como, por exemplo, a alimentação em relação as doenças cardiovasculares; condições de trabalho e doenças por stress, acidentes; condições de moradia e doenças endêmicas, parasitárias, etc.

a finalidade da medicina: passado, presente e futuro para o homem –, para posteriormente cuidar da tarefa técnica e política de eleger o que interessa para compor um currículo médico – formalidade histórica também presente no processo educacional burguês e, no viés, tem importância na superação da sociedade classista.

Estabelecida a relação entre condições materiais-condições de saúde já há séculos, hoje não resta dúvida de que poder aquisitivo é igual a aquisição de alimentos, água, esgoto, transporte, lazer, moradia, educação, saúde e longevidade com qualidade de vida. Mas o discurso ideológico da classe dominante pode negar as pesquisas, como aquelas que demonstraremos, o que é perfeitamente compreensível do ponto de vista de que há lucro com a pobreza, a miséria, a ignorância, a violência. Veja: indústrias de medicamentos e equipamentos, a industrialização em larga escala e a comercialização a preços baixíssimos de produtos alimentícios desnecessários à manutenção da saúde enquanto aqueles fundamentais disponibilizam-se a preços altos⁵⁶, etc.

Faz parte desta ideologia burguesa, há tempos, insistir no fato de que, através da educação (colocando os indivíduos nas escolas) e da saúde (colocando médicos, atualmente nas Unidades de Saúde da periferia de grandes e médias cidades ou ainda, médicos de família nos confins do Brasil, fazendo campanhas contra determinadas doenças, etc), fará com que as pessoas, num longo prazo, vivam mais e em melhores condições. Diante desta “ilusão”, isto é, do limite de ação e visão da classe burguesa, não seria utópica, ideal e compensatória, a proposta médico-educacional existente e aquela que vem norteando a formação médica nos últimos 50 anos, apesar das modificações mais recentes? Estamos convencidos que sim!

Propor um currículo para formar o médico do século XXI, no nosso entendimento pressupõe conhecer a história da modernidade e toda estruturação do sistema capitalista alicerçada pela evolução das ciências naturais. Isto se torna mais evidente quando consideramos que o ideário liberal está de volta travestido de neoliberalismo.

Desde o capitalismo concorrencial até hoje, há interesse do capital num homem não com saúde plena, pois seria muito oneroso proporcionar esta situação assim como

⁵⁶ Compare proporcionalmente, o preço, o valor nutricional e a capacidade de saciar a fome entre, por exemplo, algumas frutas, verduras e legumes e uma porção de “guloseimas”: Ex: maçãs X pacote de bolacha recheada.

custeá-la, mas sim, o menos doente possível diante da realidade que ele vai determinando. O homem moderno “vende força de trabalho”⁵⁷ e isto marca e distingue profundamente a complexa estruturação das relações humanas num determinado período de evolução sociedade, daqueles tempos precedentes.

“(...) A mudança do valor do dinheiro que se pretende transformar em capital não pode ocorrer no próprio dinheiro. Ao servir de meio de compra ou de pagamento, o dinheiro apenas realiza o preço da mercadoria, que compra ou paga, e ao manter-se em sua própria forma, petrifica-se em valor de magnitude fixada [Ricardo , “Princ. of Pol. Econ.”, p 267: “Na forma de dinheiro... o capital não produz nenhum lucro”] . Tampouco pode a mudança do valor decorrer do segundo ato da circulação, da revenda da mercadoria, pois esse ato apenas reconverte a mercadoria da forma natural em forma dinheiro. A mudança tem portanto de ocorrer com a mercadoria comprada no primeiro ato D-M, mas não em seu valor, pois se trocam equivalentes, as mercadorias são pagas pelo seu valor-de-uso como tal, de seu consumo. Para extrair valor do consumo de uma mercadoria, nosso possuidor de dinheiro deve ter a felicidade de descobrir, dentro da esfera da circulação, no mercado, uma mercadoria cujo valor-de-uso possua a propriedade peculiar, de ser fonte de valor; de modo que consumi-la seja realmente encarnar trabalho, criar valor portanto. E o possuidor de dinheiro encontra no mercado essa mercadoria especial: é a capacidade de trabalho ou a força de trabalho. Por força de trabalho ou capacidade de trabalho compreendemos o conjunto das faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda a vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie. ... Assim, a força de trabalho só pode aparecer como mercadoria no mercado, enquanto for e por ser oferecida ou vendida como mercadoria pelo seu próprio possuidor, pela pessoa da qual é força de trabalho... Ele e o possuidor do dinheiro encontram-se no mercado e entram em relação um com o outro como possuidores de mercadoria, dotados de igual condição, diferenciando-se apenas por um ser o vendedor e o outro o comprador, sendo ambos juridicamente pessoas iguais. A continuidade dessa relação exige que o possuidor da força de trabalho venda-a sempre por tempo determinado, pois se a vende de uma vez por todas, vender-se-á a si mesmo, transformar-se-á a si mesmo, transformar-se-á de homem livre em escravo, de um vendedor de mercadoria em mercadoria... Não interessa ao possuidor do dinheiro saber por que o trabalhador livre se defronta com ele no mercado de trabalho, não passando o mercado de trabalho, para ele, de uma divisão especial do mercado de mercadorias... Uma coisa entretanto está clara. A natureza não produz, de um lado, possuidores de dinheiro ou de mercadorias, e, de outro, meros possuidores das próprias forças de trabalho. Esta relação não tem sua origem na natureza, nem é mesmo uma relação social que fosse comum a todos os períodos históricos. Ela é evidentemente o resultado de um desenvolvimento histórico anterior, o produto de muitas revoluções econômicas, do desaparecimento de toda uma série de antigas formações da produção social. Também as categorias econômicas que observamos antes trazem a marca da história. A existência do produto como mercadoria implica determinadas condições

⁵⁷ MARX, K. *O capital : (3) Compra e venda da força de trabalho*. 12^a ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1971. p 187-197. livro 1, vol 1. Grifos são nossos. Trata-se de mais um conceito que também é fundamental para nosso embasamento filosófico assim como define um elemento radical de estruturação da sociedade e que tem implicações para medicina.

históricas...Agora temos de examinar mais de perto essa mercadoria peculiar, a força de trabalho. Como todas as outras tem um valor. Como se determina ele? O valor da força de trabalho é determinado como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário a sua produção e, por consequência, a sua reprodução... Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua manutenção ou reprodução. Para manter-se precisa o indivíduo de certa soma de meios de subsistência. O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho reduz-se, portanto, ao tempo de trabalho necessário à produção desses meios de subsistência, ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção de seu possuidor. A força de trabalho só se torna realidade com seu exercício, só se põe em ação no trabalho. Através da sua ação, o trabalho, depende-se determinada quantidade de músculos, de nervos, de cérebro, etc, que se tem de renovar. Depois de ter trabalhado hoje, é mister que o proprietário da força de trabalho possa repetir amanhã a mesma atividade sob as mesmas condições de força e saúde(...)”.

Atualmente, explica-se a má qualidade de vida dos trabalhadores e o desinteresse do Estado (mínimo) em superá-la, também através dos mais recentes avanços tecnológicos que dispensam força de trabalho progressivamente e produzem desemprego. A “adequação” para esta questão, radicalmente insolúvel segundo Marx, expressa-se no presente momento através do conjunto de medidas e políticas neoliberais que não podem combater o desemprego. Então, na perspectiva do capital, desempregado ou subempregado⁵⁸, o trabalhador não precisa “repetir amanhã a mesma atividade, sob as mesmas condições de força e saúde” (MARX, 1971). Ele e os seus não precisam de meios de subsistência por que, afinal, ‘não precisam’, vender força de trabalho. E o setor industrial não precisando de mão- de - obra (força de trabalho) ou tendo-a em abundância para comprá-la por um mínimo, além disso, estando liberado da responsabilidade com a seguridade social, por que haveria de preocupar-se com a qualidade de assistência à saúde do trabalhador e da sua família?

Continuando:

“(...) A soma dos meios de subsistência deve ser portanto, suficiente para mantê-lo no nível de vida normal do trabalhador. As próprias necessidades naturais de alimentação, roupa, aquecimento, habitação etc., variam de acordo com as condições climáticas e de outra natureza de cada país... O proprietário da força de trabalho é mortal. Se tem de aparecer continuamente no mercado, conforme pressupõe a contínua transformação de dinheiro em capital, o vendedor da força de trabalho tem de perpetuar-se “como todo ser vivo se perpetua através da procriação”. As forças de trabalho retiradas do mercado por desgaste ou por morte têm de ser incessantemente substituídas pelo menos

⁵⁸ Cf. dados do PROJETO FOME ZERO (2001) e IANNI(1997).

por um número igual de novas forças de trabalho. A soma dos meios de subsistência necessários à produção da força de trabalho inclui também os meios de subsistência dos substitutos dos trabalhadores, os seus filhos, de modo que se perpetue no mercado essa raça peculiar de possuidores de mercadorias(..)”.

Além do que foi dito, os grifos na primeira parte do texto procuram ressaltar a relação antiga entre condições de existência e condições de saúde, porém numa perspectiva moderna ou, do sistema capitalista. Marx, em suas análises, considerou profundamente as condições materiais para subsistência e o modo de obtê-las através da venda da força de trabalho. Portanto a intrincada relação entre medicina e meios de subsistência se dá através “do criar condições reais que possibilitem venda da força de trabalho sem doença e distante da morte”. A indústria surge, então, a partir do homem livre para vender a força de trabalho e não a si próprio, e, com ela, surge a urbanização. É nesta organização social burguesa que estão as raízes da organização – ensino e prática – da medicina na modernidade. Qualquer proposta que não as admita, pode transformar-se num equívoco ou num enfoque parcial, principalmente se for considerada a perspectiva de transformação social, pois manter-se-á o modelo tradicional exclusivo “curativo-preventivo” para lidar com os males resultantes desta organização social, somente possível a partir do modo de produção capitalista. Em particular, para o Brasil, é preciso ainda considerar a transição de colônia para Estado nacional e o fato de que a medicina do século XXI não pode mais ignorar tanto as raízes, quanto a existência de que, segundo dados da III Semana de Alimentação/2º SOS fome (2001),

“(…) há um bilhão de pessoas famintas no planeta (17% da população mundial ou o equivalente a população da América, ou da Europa ou da África); dos 4,5 bilhões de habitantes dos países do Terceiro Mundo, 1/3 não tem acesso à água potável, 1/5 das crianças não ingerem uma quantidade de calorias e proteínas suficientes para uma vida sã, e cerca de dois bilhões de indivíduos (1/3 da humanidade) sofrem de anemia; no limite, a cada ano 30 milhões de pessoas no planeta morrem de fome; no Brasil encontramos 30% de uma população de 170 milhões de brasileiros que vivem como indigentes, abaixo da linha de pobreza e miséria. Num outro extremo, sabe-se que o que se gasta nos EUA com um dos itens de cosméticos seria suficiente para satisfazer parte das necessidades básicas de milhões de pessoas no mundo (...)”.

Ao longo da sua história, a medicina tem se ocupado muito mais com o “tratamento” das doenças, sem saber que a fome, entre outras formas de privação, talvez

seja a principal facilitadora do adoecimento em sociedade e tem causas reais. Sampaio⁵⁹ admite que na América Latina, em particular no Brasil, exista uma desagregação social grave devido à uma transição entre o colonialismo e o estado nacional burguês, não concluída e que poderia integrar imensas camadas da população e transformar suas condições básicas de vida. Neste sentido, acreditamos que uma proposta de formação médica não deve compactuar com a exclusividade dos modelos propostos ao longo do século XX, inicialmente vinculado à tecnologia, à especialização e nas últimas décadas, mais preocupado com a assistência primária. Nós acreditamos que neste momento as condições materiais em que se encontra a sociedade favorecem a confusão daquilo que está ao alcance da ação médica tradicional curativa-preventiva, com aquilo que o médico não resolve diretamente, mas que, através do seu trabalho, pode reconhecer e denunciar, ou seja, admitir que as doenças também são decorrentes das más condições materiais de vida, da pobreza, da miséria. Assim como a fome é mais um problema político e está ligado aos problemas estruturais do capitalismo, e para resolver a fome necessitamos de mudanças estruturais e políticas, até lá é preciso que a medicina trabalhe na perspectiva de transformar a sociedade e não perpetuá-la nos moldes das condições atuais. A medicina não pode esconder através do seu modelo de ensino e prática a necessidade da mudança política inevitável que permita a redistribuição da renda e melhora do poder aquisitivo da maior parte dos habitantes deste planeta, e que ainda pode ser feita democraticamente. Assim como estabilização do mercado, crescimento econômico, controle fiscal e educação para todos não resolvem, isoladamente, problemas como más condições de vida, a medicina também não resolve, principalmente num longo prazo, o que é também resultado desta situação antiga e duradoura: as doenças. Um novo projeto para o ensino médico não pode ser confundido com remodelações pontuais do currículo médico atual, ou uma espécie de remendo. Deve haver um projeto maior e mais ambicioso para melhorar as condições materiais básicas de vida da maior parte dos povos de forma planejada e sustentada o que, certamente, envolverá vários setores da sociedade ocupados com a produção de conhecimento, inclusive a medicina.

A medicina, por séculos, se organizou de acordo com as condições materiais produzidas, de modo a promover algum grau de saúde social, ainda que fosse marcada

⁵⁹ SAMPAIO Jr. 2001.

pela divisão de classes e sem interferir nela. No período capitalista, entretanto, se dá a “cobrança” social por saúde universal e as condições materiais modernas – avanços científicos, integração das ciências, etc. – que vão surgindo, podem atendê-la.

Poder satisfazer a necessidade de saúde de toda sociedade burguesa não foi consequência da evolução do homem, mas uma necessidade, basicamente para permitir a manutenção da força de trabalho, fonte de lucro capitalista. No século XXI, decorridos quase dois séculos da Revolução Industrial Inglesa, a sociedade burguesa continua dispensando parte da força de trabalho graças à tecnologia e defendendo um modelo de medicina compensatória como aquele proposto para a sociedade no início da industrialização, um período em que os homens eram tratados como animais. Há uma contínua negação em considerar a relação entre condições materiais e doença-morte ou, saúde-vida-longevidade, e assim, novamente adiar a revolução material básica que já poderia ter sido iniciada. A velocidade de transformação e amadurecimento do intelecto não acompanhou a velocidade das transformações capitalistas e nossa tese para educação médica trabalha em defesa do esclarecimento humano, precisamente do médico, baseado em dados concretos obtidos de várias áreas do conhecimento.

Difícilmente poder-se-ia imaginar no período da Revolução Industrial Inglesa pandemias como as de peste bubônica que mataram 50 milhões de pessoas, tudo porque ratos “viviam em conjunto” com os homens medievais, devido as próprias condições de miséria e ignorância como aquelas do século XIV. Não só hoje mas principalmente no período de industrialização do século XVII ao XIX, a vida social, comercial, industrial se paralisaria por completo. Por falta de homens parariam as fábricas, não funcionariam trens e outros meios de transportes, enfim, haveria certamente um caos com repercussões intensas na economia⁶⁰.

⁶⁰ Cf HAGGARD, H. *El médico en la historia*, 1941. O autor no capítulo “*La Muerte Negra*” retrata o ambiente medieval mostrando a relação das más condições materiais com a doença e a grande mortandade no período conhecido como Idade das Trevas. Desde a falta de banhos, considerados como mundanos, até a convivência com animais e seus dejetos, latrinas a céu aberto, moscas, etc, até o aparecimento de doenças e sua disseminação rápida e fácil devido a falta da noção de contágio entre humanos. São relatadas doenças como gripe, varíola, etc, e a transmissibilidade de outras, a partir de animais e parasitas (tifo, peste bubônica), e mesmo através da água contaminada (febre tifóide). Diante disto, ao surgirem casos de peste bubônica em cidades grandes dos EUA, Rússia, etc, em pleno fim do século XX e começo do século XXI, ficamos perplexos ao pensar no que pode ter propiciado o reaparecimento de praga tão antiga e relacionada às más condições de higiene.

Ainda que esta realidade concreta do capitalismo concorrencial possa receber interpretações que, na nossa perspectiva de análise, não vão às raízes do problema principal, elas podem ser, ao menos, reconhecidas em termos historiográficos: descrições, números, dados, estatísticas, etc⁶¹. A realidade da urbanização moderna, possível e desencadeada somente a partir da industrialização, e os ajustes por ela determinados para que sempre existisse uma adequação entre condições de vida mínimas e produção industrial, não podem ser ignoradas devido a força da realidade do homem moderno desde o século XIX⁶².

Por mais significados que a morte possa ter – vida eterna após a morte, imortalidade simbólica, etc. -, acreditamos que o primeiro significado a ser considerado é aquele através do qual a morte simboliza os mecanismos que lhe favorecem e facilitam a concretização. Conhecê-los permite elaborar estratégias compatíveis a fim de evitá-la numa inexorável e futura situação. Não pode haver um significado racional para a morte sem a interpretação dos mecanismos das doenças que para serem suficientemente compreendidos devem, necessariamente⁶³, incluir o estilo de vida das pessoas, por sua vez determinado pelo poder aquisitivo que é uma prova do modo como os indivíduos inserem-se na cadeia de produção capitalista. O materialismo histórico e a dialética *marxiana* facilitam a compreensão desta complexidade.

Se há um aspecto dialético na relação morte-vida⁶⁴ que sirva à fundamentação conceitual e teórica da medicina, devemos considerar toda existência material do homem como um processo evolutivo, construtivo que admite os homens nas relações uns com os outros, construindo seus destinos a partir do modo de produção da vida, ainda que o façam de modo alienado e influenciado pela ideologia dominante que deve cumprir seu papel fundamental. Para nós a morte tem a potencialidade da vida quando, por exemplo, interpretada à luz da necropsia e/ou das várias estatísticas que apresentamos.

⁶¹ FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994– Descrição da miserabilidade na França revolucionária.

⁶² HOBBSBAWN, E. *A Era das Revoluções (1789-1848)*. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

⁶³ O grifo quer chamar a atenção para algo que foi cientificamente estabelecido por estudos epidemiológicos no fim do século XX e que usaremos para discussão: a alimentação tem relação com a incidência de câncer. Entenda-se por alimentação uma atividade vital diária e que depende do estilo de vida de cada indivíduo podendo ser representada pelo cardápio habitual, diário. Por sua vez “o cardápio” está diretamente condicionado pelo poder aquisitivo.

⁶⁴ Zaidhaft(1990, p.48)

Não nos parece possível, hoje, racionalmente, apesar do avanço das concepções idealistas, possibilidade de negar a materialidade existente no ato de morrer. A produção material atende às necessidades dos homens e o homem, individualmente, anseia por longevidade recebendo todo respaldo da ciência –médica e não médica -, para que a vida média em pouco mais de 300 anos tenha praticamente dobrado, embora esta não seja uma realidade unânime para todos os habitantes do planeta⁶⁵.

Parece-nos que todos os esforços, individuais e coletivos, para se conseguir longevidade, sejam formas concretas de preferir esta vida concreta a qualquer outra. Diante da viabilidade de interpretarmos a morte através da concepção materialista histórica e da dialética *marxiana* e admitindo que há uma contínua evolução humana que pode estar longe do fim, nem sempre, nas análises históricas de um aspecto humano privilegia-se as implicações das concepções de morte na vida concreta dos homens. Geralmente não encontramos um nexos evolutivo, concreto e simultâneo ao desenvolvimento das relações humanas. Assim, a morte é analisada como certa, ato natural, tanto quanto comer, beber, etc, e, em algumas situações, há certa dose de misticismo, religiosidade, espiritualismo, etc.

Mas, de acordo com o materialismo histórico e a dialética *marxiana*, necessariamente ao abordarmos a morte devemos marcar os limites entre sociedades e respectivos meios de produção/reprodução da vida, que são determinantes imprescindíveis⁶⁶.

“(...) A divisão do trabalho torna-se realmente divisão apenas a partir do momento em que surge uma divisão entre trabalho material e o espiritual. A partir deste momento, a consciência pode realmente imaginar ser algo diferente da consciência da praxis existente, representar realmente algo sem representar algo real (...)”

Nossas raízes mais antigas são de uma sociedade primitiva, comunista, com interpretações sobre a morte determinadas a partir das condições materiais daquela

⁶⁵ O IDH é um índice criado em 1990 por economistas indianos - Prêmio Nobel Economia em 1998 pelos estudos relacionados à pobreza. Anteriormente o único índice usado para comparar as condições de vida em diferentes países era o PIB (produto interno bruto que é o total de riqueza nacional dividida pelo número de habitantes). Além da renda, o IDH considera a esperança de vida ao nascer, o percentual de adultos alfabetizados e a proporção de matrículas nos níveis primário, secundário e superior em relação a população em idade escolar. É um número que vai de 0 à 1. Quanto maior, mais alto é o desenvolvimento. O IDH de Serra Leoa: 0,258. Esperança de vida: 38,3 anos; alfabetização de adultos:32%; PIB per capita US\$ 448. Na Finlândia o IDH: 0,925; Esperança de vida: 77,4 anos; Alfabetização de adultos: 99%; PIB per capita: US\$ 23096.

⁶⁶ MARX, K; ENGELS, F. *A ideologia Alemã*. 3.ed. São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1982, p.44-45.

sociedade e que determinaram, na mesma medida, noções teóricas e práticas de educação, agricultura, engenharia, medicina, religião, etc. Com a evolução da humanidade, a divisão de tarefas se dá inicialmente como alternativa para atender as novas necessidades, mas também é uma forma de buscar novas, distintas e melhores condições de subsistência humana impostas pela própria impossibilidade de existência material de grupos humanos cada vez maiores. Simultaneamente, isto cria condições para a divisão da sociedade em classes.

Mesmo sem compartilhar desta concepção, isto é, de que as condições materiais são historicamente construídas sob a determinação do modo de produção da vida, é difícil admitir que a medicina primitiva tenha se mantido a mesma, ou à margem desse processo de mudança na organização social que foi determinada pelos respectivos meios de produzir-reproduzir a vida, que é, no nosso entendimento, a herança mais concreta que o homem moderno poderia ter de seus ancestrais primitivos. Deste modo, defendemos que o médico, diante dos problemas de saúde atuais, deve considerá-los como inerentes às condições materiais determinadas pelo Capitalismo e que fazem parte de um processo contínuo de transformação no modo de produção da vida, ainda em curso, como demonstra a recente transformação na relação do homem com o trabalho no último quartel do século XX.

Dados como os de HUROWITZ (1993) ou como aqueles extraídos de estudos epidemiológicos sobre a relação entre o câncer e a dieta, devem servir como elemento para reflexão e de exemplo para o desenvolvimento das reformulações curriculares onde o núcleo da educação médica seja principalmente o ensino da história da medicina numa perspectiva de que ela é parte do processo de desenvolvimento das forças produtivas da vida moderna, principalmente se considerarmos que na Modernidade a medicina foi intimada a cuidar das condições físicas e mentais da força de trabalho.

Se no Capitalismo o lucro, portanto, o enriquecimento do capital surge da *mais valia*, possível somente a partir da venda da força de trabalho, acreditamos que uma das primeiras atitudes “lógico-burguesas” foi proteger sua fonte para que continuasse dando lucro. Não interessava se ela tinha saúde, mas sim que estivesse o menos doente possível, e que a venda da força de trabalho continuasse garantindo a *mais valia*.

Assim, a medicina do século XX baseada naquela medicina burguesa industrial que fez parte do cenário descrito por ENGELS (1975), tratou principalmente da doença e seus efeitos, ignorando as possíveis causas radicais ligadas às condições materiais. Cuidou do trabalhador e sua prole, garantindo sua sobrevivência e reprodução até certo ponto, pois o avanço da tecnologia, precisamente na segunda metade do século XX, descartou força de trabalho humana substituindo-a, foi criada uma imensa massa de desempregados espalhados pelo mundo. E para o capital a lógica é essa: se há força de trabalho que seja mantida a um baixo custo, sem interferir no lucro. Se não há utilidade, que seja ignorada, inclusive pelo estado mínimo que oferece o “básico”, afinal, nada deve interferir nas regras do mercado livre.

Mas o que fazer se este é o horizonte burguês? Ele parece não enxergar que grande parte das mazelas sociais desde o século XVIII são devidas ao próprio modo de produção burguês e isto inclui doenças e morte.

Não incluímos mortes por guerras, embora de alguma forma, devam-se ao arranjo econômico-político da sociedade burguesa. Segundo HOBBSBAWN (1997, p 21), no século XX ocorreram mortes sem precedentes na história.

“(...) no breve século XX mais homens tivessem sido mortos ou abandonados à morte por decisão humana que jamais antes na história. Uma estimativa recente das "megamortes" do século menciona 187 milhões (Brzezinski, 1993), o equivalente a mais de um em dez da população mundial total de 1900(...)”.

“Abandonados à morte”, para nós, exprime de certa forma o modo burguês de exercer a medicina na passagem do século XX para o XXI. É no transcorrer das políticas neoliberais que assistimos a priorização da assistência médica primária para, principalmente, pessoas sem condições materiais de vida (baixíssimo poder aquisitivo ou desempregados)⁶⁷.

Talvez, uma espécie de arremedo do modelo de medicina praticado em períodos anteriores ao século XX que se viu obrigado a atender uma demanda populacional crescente, principalmente após a década de 60, fruto do êxodo rural e da industrialização

⁶⁷ Jornal Folha de S. Paulo. *Mundo tem 180 milhões de desempregados, diz OIT* (Organização Internacional do Trabalho): *número é recorde e equivale a 6,5% da população economicamente ativa*. 24 de janeiro de 2003. Para OIT Nos últimos dois anos a massa de desempregados aumentou 20 milhões. O número de subempregados (recebem menos de US\$ 1 ao dia) chega a 550 milhões.

latino-americana, num processo de urbanização desenfreado e descontrolado. Na tentativa de contrabalançar os efeitos historicamente conhecidos da urbanização, entra a assistência primária/básica. Porém, o mais importante não ocorre: não são oferecidas melhores condições materiais de vida a essas pessoas. Assim, a classe dominante, intermediada pelos governos federal, estadual e municipal não pode ser acusada de “faltar com a assistência médica” e, ideologicamente, esconde atrás do ato médico sua incompetência, desinteresse e também alienação sobre a necessidade em promover saúde para um segmento da sociedade, de quem a força de trabalho vem crescentemente tornando-se obsoleta. Neste último quartel do século XX, este modelo de saúde não só esconde a crueldade das políticas neoliberais, como põe em risco a estrutura médico-hospitalar e científica conquistada pela sociedade ao longo do mesmo às custas de impostos, entregando-a às empresas privadas para exploração da estrutura física assistência médica.

Como não vê uma solução radical, ela, classe burguesa, cuida da sua fonte de lucro de forma paliativa, compensatória, o que é compreensível⁶⁸.

A classe dominante só pode enxergar soluções e estabelecer estratégias que não subvertam essa situação. Isto vale para a medicina. Se não transpuser a perspectiva burguesa só tomará medidas paliativas-compensatórias na área da assistência à saúde e continuará ignorando a relação entre condições materiais e doença-morte, ou saúde-vida/longevidade sadia.

A opção pela manutenção do estado atual das coisas é que coloca a medicina em contradição com uma possível ontologia-médica. Nesse sentido, a superestrutura oficial encarrega-se de elaborar adequações formais requisitadas pelas mudanças da estrutura econômica, mas sem ferir os interesses da classe que lhe dá sustentação. É nesta perspectiva que vemos e defendemos que seja vista a organização – ensino e prática – da medicina moderna.

Radicalmente, ela nunca pôde ou poderá mudar o estado de saúde da maioria dos homens afastando-os efetivamente da morte, se estiver presa ao horizonte de ação burguês: um limite da própria classe. Hoje a medicina não deve ignorar essa perspectiva

⁶⁸ PONCE (1996) cita MARX a respeito da distinção de classes: “*classe em si e classe para si*”.

cientificamente embasada, ainda que de forma parcial, de que as condições materiais são determinantes decisivos dos estados de doença-morte, ou saúde-vida-longevidade sadia.

Todo arsenal médico disponível, fruto da conquista tecnológica burguesa, torna-se limitado, elitista, de alto custo e baixa resolução para segmentos amplos da população quando utilizado como prioridade e fonte de lucro, ignorando as condições materiais em que vivem os homens.

Talvez surjam no futuro, trabalhos confrontando o custo X benefício na redução da morbi-mortalidade de medidas restritas à medicina preventivo-curativa e aquelas sem relação direta com a medicina, mas que beneficiam, tanto quanto ou mais, os pacientes do que ela propriamente, medicina.

Diante do exposto é difícil negar que a medicina atual tem sido entrave-empecilho à transformação dela mesma numa perspectiva materialista, “médico-ontológica”, digo, numa medicina capaz de realmente promover a vida.

Tudo isto mostra a importância dos estudos epidemiológicos e observacionais e por que devem nortear os estudos experimentais e não o contrário, como temos visto, onde os experimentos são elaborados e colocados em prática, de acordo com a realidade mercantil capitalista atual.

A inserção, hoje, no modelo neoliberal implica muito mais em “não estar inserido”, isto é, em estar desempregado, que por sua vez implica na falta de poder de compra mínimo para serem mantidas condições de existência, ou subsistência, algo que não está ocorrendo. O “Estado mínimo” neoliberal deixa que a readequação do trabalho resolva-se sob a influência da “*mão invisível*”⁶⁹ e, novamente, obedecendo o ideário liberal, num momento em que parte dos principais opositores deste modelo (os governos sociais-comunistas) “desaparecem” da cena política “convertendo-se” em capitalismo.

⁶⁹ Expressão criada por Adam Smith no século XVIII em referência ao mercado que, segundo ele, possui condições de adequar a força de trabalho de modo eficaz, selecionando, através da competição, os melhores em detrimento dos piores que, supostamente, têm as mesmas condições de sucesso. O resgate desta concepção econômica volta a cena por volta da década de 60, e alguns de seus defensores serão recompensados com o *Prêmio Nobel*, como Friedman. Os novos liberais querem a “extinção” da ingerência estatal nos negócios da, ou para, sociedade livre.

Nesta conjuntura é entregue ao mercado a incumbência de selecionar os mais aptos, tentando suprimir ideologicamente a luta de classes. Como parte desta supressão ideológica, os governos neoliberais procuram desempenhar seu papel “mínimo” e ideológico, em particular na área da saúde que é o setor que nos interessa, fazendo propaganda e incentivando um modelo de formação médica (ensino-prática) para os países do Terceiro Mundo que, basicamente, privilegia a ação primária, habitualmente desenvolvida na periferia das grandes/médias cidades ou no interior de países como o Brasil, e em locais⁷⁰ onde nem sempre houve a transição das condições materiais de padrão antigo-medieval para padrões modernos do início do século XX. Além disso, “desmancha-se” a estrutura hospitalar construída ao longo do século XX, dividindo-a e/ou entregando-a às iniciativas privadas, seguindo o modelo preconizado, defendido e implantado desde a década de 80 nos EUA e Inglaterra⁷¹.

As correntes neoliberais acusam o modelo de Estado de assistencialista e seus representantes, diretos e indiretos, como por exemplo, os sindicatos, associações e outras organizações de (parafraseando GENTILI⁷² na sua análise sobre políticas educativas), ao defenderem um interesse geral com a finalidade de expandir a esfera dos direitos sociais através do “Estado do bem estar social”, produzir uma barreira que impede o desenvolvimento dos mecanismos de competição e o progresso social. O discurso neoliberal defende a autoregulação do mercado através da competitividade, da boa administração (*managed care*)⁷³, e reutiliza o princípio liberal do individualismo como fundamento para a construção de uma nova sociedade mais competitiva, sob argumento

⁷⁰ Cf em *Anexos* perfil das populações e cidades incluídas no *Programa de Saúde da Família* do governo federal.

⁷¹ MURAD, J. *A privatização da dor*. São Paulo, agosto 1997. RIZZOTTO, MLF. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese de doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2000.

⁷² GENTILI, P. *La maldición divina? Las complejas relaciones entre los hombres de negocios y las políticas educativas*. Anped, 19. Reunião, GT 02, set, 96.

⁷³ WAITZKIN, 1998. Hoje, século XXI, o autor questiona um novo elemento – *managerial ideology* (ideologia do gerenciamento, da gestão, que para medicina trata-se do *managed care*) - que vem procurando controlar através das políticas de saúde, as instituições de saúde e a prática clínica, baseando-se em novas formas de organização-gerenciamento da assistência à saúde que, por sua vez, reduziriam custos, melhorariam o acesso aos serviços e a qualidade dos mesmos. Entretanto, decorridos já alguns anos dessa tendência econômica-administrativa oficial, como nova regra do capitalismo do final do século XX (“tendência neoliberal”) para redução de custos no setor da saúde, ainda não há nenhuma evidência da sua eficácia gerencial. Quando há, ela se deve ao corte do número de leitos hospitalares de um país ou estado, ou corte do número de internações e de procedimentos complexos, redução no número de consultas, etc.

de que o “autoritarismo estatal” tornou a sociedade passiva e habituada com a improdutividade do governo. Portanto, é uma sociedade que também tem culpa e onde, segundo GENTILI (1996),

“(...) os pobres são culpados pela pobreza; os desempregados pelo desemprego; os corruptos pela corrupção; os favelados pela violência urbana; os sem terras pela violência no campo; os pais pelo mau rendimento escolar dos filhos; os professores pela péssima qualidade dos serviços educacionais (...)”,

Acrescentaríamos: os médicos e o sistema de saúde como sendo responsáveis por um povo cada vez mais doente, tratado principalmente de acordo com um modelo de medicina oneroso, oriundo das ciências naturais, “puras e neutras”, excessivamente técnico e de enfoque estritamente biológico. Diante deste quadro, os doentes que não podem pagar serão beneficiados com um atendimento gratuito, do tipo assistência básica, onde o médico estará mais perto do doente através das “visitas domiciliares de equipes multidisciplinares” no seu lar, ainda que este seja um barraco em zona de ocupação, ou numa favela, e não disponha de água tratada e saneamento básico. E, mesmo que concretamente, num longo prazo, esta equipe de saúde possa fazer pouco pelos males agudos e crônicos decorrentes de toda uma vida desregrada e cheia de privações materiais básicas, desde a infância, o que importa é a proximidade dos profissionais da saúde.

Esses novos profissionais empenhados e sintonizados com um novo período histórico e praticantes da cartilha do Banco Mundial atuarão nos “lares” das famílias dos pacientes em busca de um “equilíbrio” biopsicossocial, mesmo que suas famílias estejam divididas pela criminalidade, o tráfico de drogas, o alcoolismo, a pobreza, a doença, o desemprego e a miséria! E a assistência à saúde, basicamente médica, para o restante da população que “pode pagar” fica sob a tutela dos convênios privados.

2) O Panorama da Assistência à Saúde no Início do Século XXI

Baseado nas análises do sistema de saúde nacional do médico e deputado Jamil Murad, elaboradas com a participação de jornalistas e profissionais da saúde e que, “incluiu levantamentos de dados em órgãos oficiais, visitas a hospitais e unidades básicas, entrevistas com profissionais e estudiosos da área de saúde”⁷⁴, os rumos da saúde no âmbito nacional são preocupantes. Também, de acordo com RIZZOTTO (2000), percebemos que toda esta realidade da assistência à saúde nacional, ou do Terceiro Mundo, vem sendo articulada e desenhada detalhadamente pelo Banco Mundial há mais de 20 anos tendo como meta a utilização do setor da saúde para a redução da pobreza.

Certamente, ao relatar a dramática situação da saúde pública no Brasil, em particular na capital do Estado de São Paulo, ficará mais claro que esse conjunto de medidas políticas e econômicas, cujos pressupostos são do liberalismo clássico e afetam a sociedade como um todo, não trarão “saúde”, principalmente aos desprivilegiados, como propõem os liberais. A reportagem analisa a importância do complexo do Hospital das Clínicas (HC-USP - São Paulo/SP), denominado “Quartirão da Saúde”⁷⁵, e que, ameaçado pela crescente privatização, também representa o iminente colapso do sistema público de saúde no Brasil. Esta medida, como parte da política neoliberal, resulta das transformações nas relações de produção desde meados da década de 60 e, mais recentemente, vem reorganizando formalmente o funcionamento de instituições públicas tendo como metas a desnacionalização da economia, a desindustrialização, a política de privatização da saúde e criação de um pacote médico-assistencial mínimo para os excluídos miseráveis.

O que hoje ocorre com o HC-USP é resultado da contínua implantação do conjunto de políticas neoliberais (“anti- sociais”) em curso desde a década de 70 e avalizada pelos sucessivos governos. Trata-se, mais uma vez, de um “novo” governo apenas com uma “roupagem” diferente, isto é, ele mantém uma linha de ação que é radicalmente a mesma que permitiu a criação do PAS (Plano de Atendimento à Saúde). Além do desemprego, da

⁷⁴ MURAD, Jamil. *Privatização da dor*. São Paulo, agosto, 1997, p.5.

⁷⁵ *Ibidem*, p.5. O “quartirão da saúde” é formado por: Faculdade de Saúde Pública e Nutrição, Centro de Saúde, Instituto Adolpho Lutz, Hospital Emílio Ribas, Instituto de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina e Enfermagem (USP) e o SUS (Sistema Único de Saúde).

alteração nas leis trabalhistas e do direito à aposentadoria, - interferentes diretos no poder aquisitivo -, o governo neoliberal vem querendo acabar com o direito de todos os brasileiros à saúde. Priorizando a assistência básica – com aval de vários setores ligados às atividades médicas tanto de ensino quanto de assistência, o governo federal pode disponibilizar importantes serviços públicos médico-hospitalares, para o setor privado⁷⁶.

Segundo MURAD (1997, p5), “Essa política chega aos limites da crueldade: quer privatizar até a dor e fazer da doença e do sofrimento humanos um negócio lucrativo”.

O complexo hospitalar das “Clínicas”, patrimônio público, atende anualmente milhões de pessoas. Em 1996 foram 931 mil consultas ambulatoriais, 30 mil cirurgias, 57 mil internações. Entretanto, no bojo das medidas neoliberais, está o atendimento desigual à saúde, privilegiando os que podem pagar (convênios e particulares). Embora a relação convênios-órgãos públicos seja de mercado, é ilegal a discriminação do atendimento em função do poder aquisitivo: quem pode e quem não pode pagar. Em geral, nos serviços públicos de saúde existem placas indicando: pacientes “SUS” e pacientes “Particulares e Convênios”. E o privilégio vai mais além: há prioridade no atendimento de quem paga (fura-fila), e até exclusividade nos quartos de internação.

Os dirigentes – médicos ou não - afirmam “que o mercado dita as regras do jogo”, embora na constituição de 1988 conste que a assistência à saúde no SUS deva ser prestada com igualdade, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie. Uma das afirmações

⁷⁶ RIZZOTTO (2000). A reforma do sistema hospitalar como parte das mudanças propostas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE - 1995), foi dimensionada de acordo com um Sistema Nacional de Demanda, com uma secretaria federal e subsecretarias estaduais e/ou diretorias municipais. Este sistema de demanda conta com verbas do orçamento da união para o SUS e orçamentos estaduais e municipais. De acordo com esta organização, as “AIH” (Autorização de Internação Hospitalar) seriam distribuídas a cada prefeitura, de acordo com o número de residentes no município e o perfil epidemiológico. Necessidades além dos recursos oferecidos ficariam sob responsabilidade do próprio governo municipal (por exemplo, credenciamentos e pagamentos suplementares). Desde então, para resolver o problema da procura por serviços hospitalares, o Ministério da Saúde recomendava a prática de consórcios intermunicipais e interestaduais e a transformação de hospitais estatais em organizações sociais, isto é, entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento. Uma tendência atual dos hospitais públicos diante da falta de recursos financeiros também é a transformação em fundações públicas de direito privado, possibilitando autonomia administrativa e financeira para melhor gerenciamento. Infelizmente não há espaço neste trabalho para um maior detalhamento de como foi reorganizada a assistência hospitalar municipal, estadual e federal e sua relação com a assistência primária, secundária e terciária, porém, é importante mostrar alguns dados do IBGE (1999) sobre a área hospitalar, a mais lucrativa do setor da saúde: total de leitos privados = 341.427 (70,4%); total de leitos públicos = 143.518 (29,5%) do montante de leitos disponíveis para internações no Brasil.

contraditórias desses dirigentes refere-se à privatização como instrumento para aumentar a receita. MURAD (1997) mostra claramente quanto são pequenos os recursos provenientes dos convênios: em 1995 o Hospital das Clínicas (H. C. USP) recebeu 238 milhões de reais, enquanto os convênios “pagaram” pelos serviços prestados, 1,17 milhão de reais. Uma parceria desigual onde 98% das verbas do H.C. USP provém de recursos públicos, entretanto, o privilégio no atendimento é do paciente particular ou conveniado. É provável que estes itens estejam pouco desatualizados. Mesmo assim, decorridos 4 anos da data de publicação do estudo, podemos afirmar que nenhuma mudança efetiva foi adotada para impedir o progressivo desmanche do SUS e da assistência à saúde gratuita universal, igualitária. Sabidamente, há décadas, o respaldo à qualidade da assistência à saúde vem da integração entre ensino-pesquisa e assistência de várias áreas.

Nas estatísticas apresentadas por MURAD observamos que as despesas com saúde no Estado de São Paulo, nos últimos dez anos, mantém-se numa mesma faixa enquanto cresceram os gastos com despesas totais. A população entre 1990-1996 cresceu 10% e o governo federal, até 1997, não havia reajustado a tabela de pagamentos do SUS: com uma inflação em 1994 de até 80% pagava-se dois reais por uma consulta. No primeiro ano do governo de Fernando Henrique Cardoso foram anunciados gastos com saúde de 83 reais/habitante que, logo desmentidos, totalizavam 55,33 reais/habitante.

De acordo com RIZZOTTO (2000, p.159), ao contrário do que afirma o Banco Mundial,

“(...) em 1990 o Brasil investiu em recursos públicos, apenas 88 dólares per capita, e em 1998 115,3 dólares per capita...Países em condições econômicas semelhantes ao Brasil investem bem mais que este valor em saúde, já nos países desenvolvidos o gasto per capita varia de 800 à 2000 dólares. Em termos de PIB, o Brasil gasta com saúde pouco mais de 3%, já nos países ditos desenvolvidos, este valor chega a 12% do PIB. (dados do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde)(...)”

Em geral, o dinheiro destinado à saúde não chega, integralmente, aos serviços públicos.

“(...) pode-se dizer, ainda, que o endividamento externo foi exponenciado nos anos 90, pois a dívida externa brasileira evoluiu de um total de 64 bilhões de dólares em 1980, para 145,66 bilhões em 1994, no início do Plano Real, chegando hoje aos 241,34 bilhões... No orçamento de 2000, a saúde foi contemplada com 5,99% do orçamento, ao passo que para pagar a dívida externa (juros, encargos e amortizações) previu-se cerca de 44% do Orçamento federal (dados do Senado Federal) (...)”(RIZZOTTO 2000, p. 185).

Parte da verba é utilizada noutros setores do orçamento geral e, o exemplo mais recente disso foi o imposto sobre movimentação financeira (CPMF). A redução dos investimentos do Estado na saúde causa a deterioração do sistema, levando à sua ineficiência. Entretanto, nas mãos ardilosas da iniciativa privada – entre outros instrumentos de controle e regulação o *maneged care* -, a ineficiência e o custo elevado da assistência são interpretados como mau gerenciamento e recebem apoio oficial.

“(...) Fazendo a crítica ao modelo médico hospitalocêntrico e defendendo a necessidade de “inversão do modelo”, o Ministério da Saúde tem assumido como política estratégica para mudança do padrão assistencial, a implantação de programas como o PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde)⁷⁷ e o PSF (Programa Saúde da Família), que dariam centralidade à atenção básica em saúde. Creio não ser necessário mostrar aqui as semelhanças entre o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e a proposta do “trabalhador comunitário de saúde”⁷⁸ do Banco Mundial (...)”(RIZZOTTO 2000, p216).

Assim, o mau gerenciamento e a falta de recursos criam possibilidades do governo transferir, em parceria ou não, as responsabilidades com a saúde pública às “organizações sociais” -entidades privadas- que passam a assumir a direção e determinar os recursos para saúde. Ao venderem seus serviços e buscarem recursos no mercado, essas associações privadas, talvez garantam assistência somente a quem paga. Resultado: uma assistência pobre para os pobres, “garantida” pelo Estado reduzido, e outra rica para os ricos, como definiu o Banco Mundial em ambos os casos.

“(...) Além dos programas de agentes comunitários e de saúde da família, grande parte das ações do governo dirigidas para a área da assistência e gestão dos serviços de saúde, estão circunscritos a projetos financiados por organismos internacionais, conseqüentemente, submetidos às condições expressas nos seus contratos de empréstimos, refiro-me aos projetos REFORSUS, VIGISUS E AIDS/DST. Tais contratos, antes de serem firmados, passam por processos de negociações entre técnicos dos

⁷⁷ De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2000, existiam 114.793 agentes comunitários cobrindo 50% da população. São trabalhadores de saúde sem qualificação e seu número vem crescendo progressivamente desde 1994 (29.098). O PSF cobre 22% da população, quase 37 milhões de pessoas, e realiza atividades além daquelas previstas em decorrência da falta de hierarquização dos níveis de assistência.(Cf em Anexos - *Evolução do número de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no Brasil de 1994-2002*).

⁷⁸ De acordo com as propostas do Banco Mundial (1975, p.49), os recursos humanos que atuariam em serviços públicos deveriam originar-se da própria comunidade, facilitando a permanência e o maior conhecimento da população. Eles receberiam formação elementar e simplificada, suficientes para executarem atividades de prevenção, cuidados materno infantis, planejamento familiar e orientações voltadas para o meio ambiente. *“(...) Las reformas de los sistemas de salud orientadas a extender la cobertura de éstos a las comunidades rurales y a los pobres de las zonas urbanas(...)”*.

bancos internacionais e representantes do Ministério da Saúde e, pela aprovação do Congresso Nacional... Em assinando os contratos e aceitando as condicionalidades do banco financiador, estas são apresentadas para sociedade como decisões e inovações de órgãos nacionais e não como imposição externa(...)"(RIZZOTTO 200, p.219-220)⁷⁹

A redução do papel do Estado na prestação de serviços públicos, em qualquer esfera da sociedade, respalda-se, segundo seus teóricos e dirigentes, na necessidade de transformar as instituições estatais em organizações mais competitivas e, portanto, que sigam as leis de mercado. Entretanto, como equacionar assistência à saúde e lucro?

Modelos como do governo de Thatcher (Inglaterra) que implantaram um modo de assistência pública - denominado "*quango*": *quasi autônomas non- governamental organizations* -, têm servido de referência ou, guia, para os governantes, inclusive brasileiros. Hoje são mais de 5.000 destas organizações, cuja receita é da ordem de 70 bilhões de dólares, onde os

"(...) quangocratas são geralmente nomeados por interesses políticos ou amizade, não se sentem servidores públicos e, as quango, são menos sujeitas ao controle externo. Com isso, os problemas de nepotismo, uso de interesses pessoais, má gestão, inadequada aplicação de recursos e, mesmo a corrupção, se mantém(...)"⁸⁰.

Uma das primeiras conseqüências das políticas brasileiras de privatização no setor da saúde pública ("políticas de parceria" - década de 90), nos níveis estadual e municipal, e em particular na capital paulista (PAS⁸¹ - Plano de Atendimento à Saúde), foi o superfaturamento.

⁷⁹ A concretização destas propostas reguladoras das agências do capital mundial só tem sido possível graças a participação de intelectuais e cientistas brasileiros junto aos estrangeiros no processo de elaboração dos projetos, afinal, parece necessário algum conhecimento sobre a realidade brasileira. Sem entrar no mérito de quem participa e como participa nestes projetos, o que nós queremos chamar atenção é para o fato de que a educação médica atual deveria privilegiar a formação profissional com outros conhecimentos que permitissem identificar os "tremendos furos" que estas propostas representam para a saúde e a economia do povo brasileiro, ou do Terceiro Mundo, assim como para o próprio avanço da medicina como área específica. Conhecimentos em história, economia, política, filosofia, educação, etc, e o debate com outras áreas, isto é, a prática da interdisciplinaridade de forma radical e diante do mesmo objetivo, talvez subsidiasse a reflexão de médicos e principalmente de alunos de medicina para que, no futuro breve, não se comportassem de forma tão alienada e permissiva diante de questões cruciais para a promoção da saúde. A medicina de modo geral não pode se furtar ao debate de questões econômicas e políticas presentes neste cenário que podem até colocar em risco a soberania da nação. Em particular os programas *Reforsus e AIDS/DST* merecem ser detalhados. Aliás, os médicos em geral têm sido vítimas dessas determinações estrangeiras que influenciam o mercado de trabalho, sem saber!

⁸⁰ MURAD(1997, p.20).

⁸¹ COHN, A & ELIAS, PE (coords.) *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

As cooperativas privadas ou as organizações sociais- também privadas -, tinham possibilidade de comprar medicamentos sem licitação pública, superfaturar despesas e escapar da fiscalização dos conselhos de saúde. Esse quadro demonstra como o governo incentiva a assistência parcial à saúde, através do modelo “curativo-preventivo”, “escapando-lhe” os aspectos diretamente ligados à determinação e manutenção da saúde como: condições de alimentação, transporte, moradia, salário e meio ambiente, os quais pertencem à outra área governamental admitida como “não tendo relação” direta com a saúde do ponto de vista médico.

Isto nós contestamos, pois tais aspectos são considerados prioritários para promoção à saúde efetiva. Ocorre que este desmembramento das funções administrativas determina a perda da visão de conjunto e permitem que algumas atividades, radicalmente interligadas – vigilância, limpeza, alimentação, saúde, etc -, que seriam melhores cuidadas pelo Estado, sejam administradas em parceria, ou transferidas para instituições privadas que não tem a preocupação de integrar as ações de saúde.

Não pretendemos fazer apologia da assistência predominantemente hospitalar, porém, nas condições materiais em que a sociedade se encontra, é equivocada sua redução abrupta e isolada, sem o respaldo de mudanças na estrutura econômica da sociedade⁸².

Atualmente, uma cidade como São Paulo, com mais de 34 milhões de habitantes, não atende ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que são quatro leitos por mil habitantes e há uma crescente redução do número de leitos para a população: estão desativados ou são destinados aos convênios e particulares⁸³.

⁸² SAMPAIO Jr (2001). Segundo o autor, a necessidade de integração social nunca foi tão urgente o que suscita a tomada de um conjunto de medidas ou, reformas – agrária, urbana, educacional, saúde, política de emprego e distribuição de renda, redução da jornada de trabalho, etc. -, que necessitarão de uma reforma política-econômica, prévia ou simultânea, profunda, possibilitando a criação de um Estado Nacional. Certamente, a organização da educação médica não ficará à margem deste conjunto de mudanças e é por isto que a discussão de um novo currículo de medicina que se tornará referência para a educação médica brasileira, deve coincidir com os elementos que alicerçam a construção de uma sociedade menos desigual ou mais integrada como defende Sampaio.

⁸³ De acordo com resumo dos debates do 1º *Simpósio Estadual dos Trabalhadores em Saúde Mental* - Campinas (20 de outubro de 2001), os leitos de pacientes psiquiátricos foram reduzidos drasticamente sob o pretexto da reintegração social do paciente psiquiátrico. Segundo RIZZOTTO (2000), já em 1995 o então Ministro Bresser Pereira (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado) dava seqüência às reformas na área da saúde procurando modificar aquela que já era considerada a mais cara: a assistência hospitalar. Segundo ele a oferta de leitos hospitalares no Brasil superava a demanda. Entretanto, segundo uma pesquisa do IBGE (1999) houve uma redução de leitos para internações no Brasil entre 1992-1999 de 27% : de 544.357 baixou para 484.945. Segundo a recomendação da OMS, que habitualmente não é seguida pelo Banco Mundial naquilo que não interessa ao mercado, deve haver 4 leitos /1000 habitantes. Portanto, um déficit de mais de 100 mil leitos no Brasil.

O neoliberalismo e a globalização, componentes do desenvolvimento capitalista mundial do século XX, determinam medidas políticas e econômicas com particularidades inerentes a cada região do planeta. Para coordenar e assegurar a implantação efetiva dessas medidas principalmente no “mundo em desenvolvimento” que é o mais miserável, existem os órgãos supranacionais – “*guardiões do capital*” -, como FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial, entre outros⁸⁴. Num relatório de 1993, o Banco Mundial recomendava que a ação estatal na área da saúde se restringisse à assistência primária⁸⁵: consulta médica, pré-natal, saúde da mulher e da criança, radiografias de pulmão e exames menos onerosos. Segundo MURAD (1997, p.29), “uma espécie de ‘cesta básica’ de saúde para o pobre”.

Doenças mais graves, que exigissem um tratamento mais caro como câncer, problemas cardíacos, diálise..., ou que necessitassem de equipamentos sofisticados,

⁸⁴ IANNI, O. *A era do globalismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1997.

⁸⁵ CHAVES, M., REIS ROSA, A. orgs. “*Educação médica nas Américas - O Desafio dos anos 90*”, 1990, Cortez Ed., São Paulo. Chaves, Mário M.; Rosa, A. R. (org.). O Projeto EMA (Educação Médica nas Américas) desenvolvido em conjunto por vários países americanos - México, América Central e América Latina – tinha como proposta básica aprimorar o ensino médico através de uma maior integração às atividades realizadas nas unidades básicas de saúde (cf. em Anexos – *Ações segundo as categorias, propostas nos planos de ação das associações e escolas (América Intermédia e América do Sul)* “. Além disso, estava embutida a intenção de atenuar os efeitos da especialização médica possível a partir da divisão do trabalho capitalista e dos avanços científicos-tecnológicos sempre explorados pela indústria no período das duas grandes guerras e principalmente no pós-guerra do século XX. A rigor, entendemos que os resultados destas medidas econômicas, políticas, educacionais trouxeram benefícios indiretos para a expansão e acumulação capitalista, assim como, ideologicamente, serviram para atenuar-escamotear os efeitos da exclusão social provocada pelo “novo liberalismo” no Terceiro Mundo, que é um grande gerador de doença. Com isto permaneceu a matriz da medicina burguesa, só que de modo menos oneroso, isto é, tratando dos pacientes doentes e das suas complicações, nos respectivos locais onde vivem, e não mais atuando na perspectiva das doenças dentro dos hospitais. E o que continua intocável diante de tantas mudanças é a falta de questionamento das raízes das doenças. O *Projeto EMA* dentro da sua proposta de vincular ensino-serviço médicos nas unidades básicas de saúde nas décadas de 80 e 90 do século XX, e, com isto, tentando “empurrar” a medicina para junto da realidade do Terceiro Mundo de forma efetiva, sugeriu, naquela ocasião:

- 1) Refletir sobre o futuro da educação médica, com base nos avanços tecnológicos e nas mudanças sociais dos últimos decênios, definindo, em linhas gerais, o perfil do médico para o século XXI.
- 2) Analisar a situação atual da educação médica, com uma visão crítica construtiva, identificando problemas e dificuldades, assim como ações para solucionar;
- 3) Formular um plano de médio prazo, organizando as ações propostas em forma seqüencial, de acordo com prioridades e os recursos disponíveis;
- 4) Identificar ações contidas nesse plano, cuja implementação pudesse ser facilitada por mecanismos de cooperação internacional.

Acreditamos que este modelo de educação médica não pode ser tomado como principal ou prioritário. Por outro lado, gostaríamos de chamar a atenção para o cunho ideológico que algumas propostas talvez tenham tido e, paralelamente, a sua importância no estabelecimento de um quadro concreto e favorável à implantação das políticas neoliberais, demonstrando as várias implicações do desdobramento do sistema capitalista, em particular para a medicina.

deveriam ficar ao encargo dos planos de saúde privados, apesar de apenas 25% dos brasileiros contar com planos de saúde particulares.

E o desmonte do sistema público de saúde vem prosseguindo:

1) As unidades básicas são insuficientes perto do crescimento urbano-populacional com o qual crescem rápida e assustadoramente as más condições de vida⁸⁶⁸⁷. Onde havia um trabalho integrado dos profissionais da saúde (médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros e técnicos, entre outros) com a comunidade, através de visitas domiciliares, controles de epidemias, acompanhamento de pacientes com tuberculose ou hanseníase, prevenção de doenças da infância, incentivo ao aleitamento materno, etc., hoje se encontra um serviço ruim ou a ausência dele: foram fechados, ou tornaram-se pronto atendimento ou faltam profissionais dispostos a trabalhar em locais da periferia onde a criminalidade e a violência são altas.

2) Programas de demissões voluntárias, más condições de trabalho e baixos salários (por exemplo: médico com jornada de 20 horas semanais recebia, na ocasião da pesquisa, 439,25 reais) ajudaram a esvaziar as unidades.

3) O desabastecimento de vacinas no Brasil desde 1996, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro, já colocou em risco a saúde de milhares de crianças brasileiras, com doenças que não deveriam mais existir. A não auto-suficiência na produção de vacinas e medicamentos devido à falta de investimentos governamentais em tecnologia já fez com que o Brasil ficasse à mercê das multinacionais tendo que adquirir produtos inadequados de países como a Suíça e a Índia. Em 1997, o Brasil precisava de 200 milhões de doses (vacinas em geral) e, no entanto, produzia somente 112 milhões. Como consequência tivemos uma epidemia de Sarampo em São Paulo (1997), de acordo com os números do Centro de Vigilância Epidemiológica que mostram a evolução dos casos em São Paulo: 1992 - 37 casos; 1993 - 21 casos; 1994 - 11 casos; 1995 - 8 casos; 1996 - 22 casos; 1997 - 1434 casos.

⁸⁶ SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.

⁸⁷ CAMARGO, C. P. F. et al. *São Paulo 1975 : crescimento e pobreza*. São Paulo : Ed. Loyola, 1975.

A situação caótica do sistema de vacinação, que é um dos mais importantes mecanismos preventivos, não se restringe ao sarampo. Vem ocorrendo uma diminuição do número de doses aplicadas (porcentagem de crianças vacinadas) das vacinas: antipoliomielite (Sabin); vacina tríplice (DPT - difteria⁸⁸, coqueluche e tétano); BCG (tuberculose) e tríplice viral (SCR - sarampo, caxumba, rubéola).

Mas as epidemias não estão restritas às doenças onde há queda na respectiva cobertura vacinal. O Brasil ainda apresenta epidemias que não foram controladas, acarretadas pelas más condições de higiene, falta de tratamento de água e esgoto, ocupação/urbanização não planejada, e que também são formas de agressão ao meio ambiente, uma herança do Capitalismo Concorrencial do século XIX (ENGELS, 1975). Os números expressam o significado das políticas neoliberais para a saúde pública, principalmente porque as empresas privadas não têm interesse em ações preventivas e na melhoria das condições básicas de vida de grande parte da população. Seja através de infra-estrutura básica, seja através da melhoria do poder aquisitivo, estes são problemas admitidos como “não sendo médicos”, isto é, são de responsabilidade do Estado e, portanto, devem ficar ao encargo dos respectivos governos: municipais, estaduais e federais.

Nós defendemos que esta desvinculação, formalmente aceita, seja compreendida a partir do pensamento *marxiano*⁸⁹ e permita amplo esclarecimento médico e da sociedade. As políticas compensatórias para proporcionar saúde incluem investimento

⁸⁸ HIDALGO, N. *Informe Técnico de Difteria*. Segundo documento da vigilância epidemiológica. Hospital Emílio Ribas, São Paulo – Capital, 26/09/2002 - está ocorrendo uma epidemia de difteria no Paraguai. Após um longo período de quase desaparecimento a doença ressurgiu na década de 90 do século XX na antiga União Soviética, acometendo principalmente adultos jovens. No Estado de São Paulo foram registrados 2 casos em setembro de 2002.

⁸⁹ MANACORDA, MA. *Marx e a Pedagogia moderna*. São Paulo: Cortez : autores associados, 1991. De acordo com o autor, ao referir-se à *pedagogia marxiana*, o adjetivo define aquilo que é inerente ao pensamento de Karl Marx. Nosso trabalho apóia-se também nesta definição e não entra no mérito da discussão sobre as possíveis e necessárias distinções do que é denominado *marxista*. Saviani, no prefácio da edição brasileira desta obra (p.VII), pode expressar o significado educacional que a obra de Marx teve na elaboração desta pesquisa: “(...) o *desmoronamento dos regimes no Leste Europeu, em lugar de significar a superação de Marx, constitui, ao contrário, um indicador de sua atualidade. Levando-se em conta que uma filosofia é viva e insuperável enquanto o momento histórico que ela representa não for superado, cabe concluir que, se o socialismo tivesse triunfado é que se poderia colocar a questão da superação do marxismo, uma vez que, nesse caso, os problemas que surgiriam seriam de outra ordem. Mas, os fatos o mostram, ele não triunfou. O capitalismo continua sendo ainda a forma social predominante. Portanto, Marx continua sendo não apenas uma referência válida, mas a principal referência para compreendermos a situação social(...)*”.

em assistência primária e médicos no interior do país, porém, não incluem de forma coordenada e peso similar, reformas na infra-estrutura da sociedade. No nosso entendimento, o Projeto EMA (*Educação Médica nas Américas – Desafio dos anos 90*) restringe sua esfera de ação ao fazer, principalmente, uma “adequação da medicina” às demandas que o próprio neoliberalismo determina na sociedade.

Os dados computados até 1997, são suficientes para idéia do quadro geral da saúde, que não melhorou nos últimos 4 anos:

- Dengue: há cinco anos epidêmica no Brasil. 1993 - 7086 casos registrados; 1996 - 180 mil casos. Transmitida por mosquitos. Existem localidades brasileiras com maiores riscos de dengue hemorrágico, doença que pode ser fatal. Rio de Janeiro/verão2001-2002: uma das piores epidemias de dengue com inúmeros casos de dengue hemorrágica e óbitos à ela associados, apesar do esforço e trabalho dos agentes comunitários. Em 2002 foram registrados 776 mil casos e 145 pessoas morreram.
- Leishmaniose: desde o início do século não era registrada epidemia em São Paulo. De 1985 - 1995 a incidência aumentou mais de 100%. Transmitida por mosquitos. Em 2002 são registrados novos casos, inclusive com mortes associadas.
- Raiva: 2 mortes entre 1996-7.
- Leptospirose: 1995 - 961 casos; 1996 - 431 casos; 1997 -772 (casos suspeitos até março de 1997). Transmissão através da urina de ratos em situações de enchente;
- Tuberculose: em 1997 matava 5 mil brasileiros por ano - o sexto colocado no mundo em número de casos. Sabe-se da epidemia mundial que mata anualmente 3 milhões de pessoas. É uma doença que afeta também o Primeiro Mundo (EUA, Europa). Em São Paulo, segundo o CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica), eram registrados 19.000 casos anualmente desde 1994. O aumento da mortalidade está ligado ao diagnóstico tardio, abandono de tratamento (necessário no mínimo 6 meses de tratamento) e à pobreza. Os índices mais recentes mostram elevação do número de casos que estão relacionados ao número crescente de indigentes, miseráveis, subnutridos, etc.
- Hanseníase (lepra): o Brasil ocupa o 2º lugar mundial no número de casos (137,8 mil pacientes; 36 mil novos casos / ano), vindo atrás somente da Índia. Enquanto cresce o

número de casos devido ao diagnóstico tardio, ao abandono do tratamento ou irregularidade na distribuição do remédio, diminui o campo de assistência a estes pacientes, através do fechamento de unidades básicas de saúde ou sua privatização (por exemplo, o PAS em 1997).

4) A crise da saúde também é uma crise da pesquisa na saúde. Fundações como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz / RJ) e o Instituto Adolpho Lutz (SP) não recebem apoio financeiro para projetos de pesquisas ligadas aos diversos ramos da saúde coletiva - ambiental, ou têm que abandonar os já existentes. A produção de medicamentos pela estatal CEME (Central de Medicamentos)⁹⁰, embora não tivesse concluído seu projeto original de desenvolvimento e autonomia na fabricação de medicamentos ao menos servia diversos municípios brasileiros carentes, hoje não existe mais. Isto favorece as indústrias farmacêuticas de capital privado apesar da regulamentação oficial para produção de medicamentos genéricos.

Hoje a AIDS, em particular no Brasil, recebe tratamento diferente daquele de meados da década de 90. Segundo LOTUFO⁹¹, a melhoria na assistência à “AIDS” também está relacionada à influência das camadas privilegiadas da população, precisamente o segmento artístico, no controle da epidemia e isto não desmerece ou desvaloriza os resultados do *Programa anti - “AIDS”* que fez com que o mesmo servisse de modelo para outros países, por exemplo, africanos. Ele afirma que é importante considerar outras doenças, também epidêmicas⁹², que têm ficado de fora de programas e, acredita-se, por serem relevantes principalmente às camadas desprivilegiadas da população.

Mas, baseados em RIZZOTTO (2000, p234), defendemos que outra perspectiva de análise dos Programas contra a AIDS deva ser considerada. O Banco Mundial

⁹⁰ Já extinta, apesar da história da fundação e organização da maioria dos Sistemas Nacionais de Saúde, mostrar o quanto é estratégico para economia de uma nação ter o controle da fabricação de medicamentos, ao menos os mais importantes para população.

⁹¹ LOTUFO, P A. *Coffee, Samba, football and ... social inequalities: Reflections on mortality in São Paulo, Brazil*. São Paulo Medical journal/Revista Paulista de Medicina, 119(3), 2001, 94-96.

⁹² Ibidem. p96. Dentre as doenças epidêmicas estariam hipertensão arterial e tuberculose. LOTUFO considera as doenças cardiovasculares uma prioridade. Em algumas situações (hipertensão arterial e doença de Chagas) a incidência chega a ser duas vezes maior nas regiões mais pobres da cidade de São Paulo se comparadas com a incidência nas regiões de nível sócio econômico mais alto.

assumiu como prioridade e meta, ao lado da assistência primária aos pobres, o controle e combate à AIDS no mundo por considerá-la uma doença com possibilidade de afetar a economia e a política dos países em desenvolvimento, principalmente a norte americana.

*(...) Da mesma forma como que nos anos 60 e 70 o aumento populacional foi tratado como uma questão de segurança externa, atualmente, o governo dos EUA considera a disseminação da AIDS pelo mundo uma ameaça à sua segurança nacional e está trabalhando para obter mais fundos para combater a doença no exterior... portanto não é apenas uma preocupação de saúde global, mas também de segurança nacional... As possíveis dimensões catastróficas da AIDS em determinadas regiões do mundo, poderia, segundo o governo americano, derrubar governos no exterior, causar guerras étnicas e ameaçar décadas de trabalho pelo estabelecimento de regimes democráticos(...)*⁹³

Para os dirigentes do Banco Mundial, a falta de verbas não prejudicaria nenhum programa de combate a AIDS:

*“(...) James Wolfensohn, em maio deste ano, ao encerrar o encontro semestral que o Banco Mundial faz em conjunto com o FMI, afirmou que a AIDS está prejudicando o desenvolvimento econômico em diversos países, e garantiu que nenhum programa importante relacionado à AIDS será cancelado por falta de recursos – dinheiro não será problema, disse ele(...)*⁹⁴ .

Além do que foi dito, sabe-se que há grande interesse científico e industrial, os quais já avançaram enormemente, mas têm privilegiado doentes do mundo desenvolvido, na produção de drogas anti - AIDS que são testadas inclusive no Terceiro Mundo. Aliás, esta é uma forma usual dos doentes de AIDS “terceiro mundistas” terem acesso à tecnologia avançada empregada na fabricação de drogas para o controle da doença: participando de pesquisas.

Em 1997, a doença colocava o Brasil em terceiro lugar em números absolutos, atrás dos EUA e da Tanzânia. No Brasil estavam registrados 103 mil casos com 52 mil mortos. Nesta mesma ocasião os técnicos do Ministério da Saúde já estimavam a existência de 500 mil soropositivos.

⁹³ Jornal Folha S. Paulo, 1º de maio 2000, p 1-11, citado por RIZZOTTO (2000).

⁹⁴ Jornal Folha de S. Paulo, 18 abril 2000, p 2-5, citado por RIZZOTTO (2000). A indignação que LOTUFO manifesta em seu artigo acima e a valorização excessiva e reiterada pelo ex-Ministro da Saúde José Serra durante sua campanha à presidência do Brasil em 2002, por ter conseguido autorização para a produção de remédios anti AIDS no Brasil, são melhores compreendidas a partir desses comentários dos representantes dos “guardiões do capital”.

Mas, se a realidade do indivíduo com AIDS, em particular com a doença, já era desumana pelo fato de ser portador de uma moléstia incurável e com possibilidades freqüentes de adquirir doenças oportunistas e necessitar de repetidas internações, agora isto pioraria, pois sua baixa sobrevida seria reduzida pela falta de assistência médica – hospitalar e de condições financeiras para obter medicamentos caros, grande parte deles importados.

Talvez, o Ministério da Saúde não tenha resistido o suficiente à pressão política e ao incentivo financeiro do Banco Mundial para controle da AIDS, quanto à pressão dos setores privilegiados da população sensibilizados com a elevada incidência da AIDS, que não dispunha de assistência dos planos de saúde privados, restando aos doentes somente os hospitais públicos precários ou “ameaçados de extinção”.

O período em que as doenças puderam ser conhecidas cientificamente – e continuam podendo, inclusive com maior riqueza de detalhes! - de forma cada vez mais profunda, é inseparável daquele em que a tecnologia desenvolveu-se a partir das ciências naturais e, por sua vez, alcançou a medicina determinando seu desenvolvimento. A receita, portanto, parece ser essa: desenvolvimento de pesquisas, assistência conjunta terciária e primária, campanhas de educação e prevenção. Entretanto, esta perspectiva de abordar os vários problemas de saúde não tem sido a mesma para outras doenças tão importantes quanto a AIDS. Custa-nos acreditar que a iniciativa privada terá condições de lidar com problemas como a anemia na infância⁹⁵ ; a alta taxa de mortalidade em gestantes⁹⁶; tempo médio de aleitamento⁹⁷.

A cidade de São Paulo pode ser usada como referência para uma reflexão acerca do sistema de saúde público e sua relação com os governos neoliberais nos vários níveis - municipal, estadual e federal. Medidas são tomadas sem uma necessária discussão e sem a participação tanto da comunidade que é diretamente afetada, quanto dos

⁹⁵ MURAD 1997. São Paulo tem índices de anemia infantil próximos aos do Norte e Nordeste do Brasil que por sua vez engrossam as estatísticas dos anêmicos crônicos no mundo: 1/3 da humanidade.

⁹⁶ Ibidem, p46. São Paulo: 45 gestantes para cada 100 mil nascidos vivos e o índice aceito pela OMS é de 20 gestantes por 100 mil nascidos vivos - apesar do número de cesarianas ter triplicado nos últimos 25 anos. Isto repercute na mortalidade infantil no período perinatal, neonatal e mesmo durante a lactância.

⁹⁷ Ibidem, p46. Atualmente é de 60 dias enquanto deveria ser no mínimo de 180 dias, repercutindo na mortalidade infantil nos primeiros meses de vida.

profissionais competentes ligados à área. A exceção pode ser notada em alguns locais onde os governos municipais-estaduais estão mais afinados com os interesses da população e resistem – bravamente! – à implantação de políticas neoliberais. Os fatores que determinam essa relação de “dependência” entre as decisões políticas e qualidade da saúde destinada à população é que devem ser conhecidas pelo aluno de medicina. Nenhum cidadão deveria ignorar a “mão visível” do Banco Mundial na reorganização do SUS, tanto através dos financiamentos que são vinculados às “pré” reformas, quanto através do gerenciamento contínuo e constante do funcionamento do próprio sistema que é feito pelos técnicos nacionais ou estrangeiros, preparados pelos próprios “guardiões do capital”⁹⁸.

Vimos na capital paulista o desmonte crescente das Unidades Básicas de Saúde - fechadas ou transformadas em pronto-atendimentos - com conseqüente perda das ações integradas de saúde e da administração conjunta, o que provocou um aumento das unidades mistas (parcerias como o PAS). Nestas, a administração era unilateral, nem sempre as unidades tinham capacidade de atendimento na respectiva região, embora recebessem verbas proporcionais à população da área de cobertura, além de haver uma fragmentação do trabalho coletivo e que se tornou ainda mais curativo que preventivo. Essa também é a expressão concreta da política neoliberal, aplicada em vários setores da sociedade, globalizando-os e submetendo-os às leis da livre concorrência, e que desestrutura qualquer proposta de implantação efetiva do Sistema Unificado de Saúde.

O SUS é produto de conquistas históricas, tem um projeto efetivo de gestão da saúde que ainda não foi implantado nacionalmente e não pode ser acusado como o responsável pela crise da saúde. A política de privatização e crescimento dos convênios tem se mostrado ineficaz em países desenvolvidos, todavia isto não tem alterado a condução política e econômica do governo brasileiro nesta questão. No final, quem pode pagar convênio nem sempre está satisfeito, sofre uma série de restrições e não tem assistência ampla, exceto a custos altos. E o “restante da população”, sem condições financeiras, ficará à mercê de uma assistência à saúde gratuita restrita à assistência

⁹⁸ IANNI, 1997. Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM), o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e a Organização Mundial de Comércio (OMC). Três guardiões dos ideais e das práticas do neoliberalismo; ou a “*santíssima trindade guardiões do capital*”.

básica (primária), sujeito a filas maiores que aquelas já existentes seja pela falta de vagas para consultas ambulatoriais e/ou internações, seja pela falta de funcionários amedrontados com a violência nas regiões dos postos de saúde, além de desmotivados com os salários e condições de trabalho. Por sua vez, os diagnósticos, estarão mais atrasados que o habitual, interferindo no tratamento e prognóstico das doenças. Tudo isto acontecendo em escalas cada vez maiores enquanto, por lei (1988), todos os indivíduos têm igual direito à saúde, garantido pelo Estado.

3) Quem é o “Restante da População” que não pode Pagar Pela Assistência Médica e Qual Sua Relação com o Modelo de Saúde Atualmente Proposto?

Em relação ao mencionado acima - “restante da população” sem condições de pagar convênios -, é importante delimitá-la e caracterizá-la, ainda que superficialmente. É preciso conhecer melhor este segmento da população brasileira e do Terceiro Mundo e nele estabelecer as coincidências concretas e atuais entre saúde e condições materiais, afinal, é predominantemente destes indivíduos que a medicina moderna deverá cuidar: “O DRAMA DE QUEM SOBREVIVE NO LIMITE – Famílias com renda abaixo da linha de pobreza fazem malabarismos para comer”⁹⁹.

Este é o perfil e padrão de vida das pessoas que também são pacientes de alguma Unidade de Saúde na periferia de uma grande cidade ou de um local do Brasil sem infraestrutura básica. A assistência primária dispensada nestas unidades representa um dos elementos orientadores da formação médica no Terceiro Mundo.

“(...) Viúva, filhos e netos para sustentar, Vera Lúcia faz o que pode para esticar os R\$ 180 /mês que recebe mensalmente como pensionista do INSS. Mora em área rural [Santa Cruz-RJ] local onde o IDH é o mais baixo. Para alimentar a família, ela vai ao supermercado apenas uma vez por mês. Compra o básico, mas, mesmo assim, nem sempre a comida dura 30 dias. – Quando a comida começa a acabar, a gente substitui o almoço ou a janta por um café com pão – diz Vera que mora numa casa caindo aos pedaços, numa rua de terra batida, com uma vala de esgoto no Quintal(...)”.

⁹⁹ Jornal *O Globo*, Rio de Janeiro, 10 de julho de 2001. Reportagem do caderno de Economia baseada na pesquisa nacional denominada “*Mapa do fim da Fome*” realizada e coordenada pelo economista-chefe do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas, Marcelo Neri.

Noutro exemplo:

“(...) desempregado, Honório, 56 anos mora numa casa no Buraco da Lacreia – favela miserável, de cerca de 30 barracos de madeira, no Caju ... trabalha desde os 12 anos mas nunca teve carteira assinada, vive com a mulher, dois filhos e quatro netos. Biscates rendem no máximo R\$ 200 /mês. Para minimizar a fome cultiva sua própria horta. – Quando a fome aperta, a gente toma água com açúcar para acalmar. Não como carne há uns vinte anos – diz ele. A vizinha de Honório, Maria dos Anjos, 37 anos, tem nove filhos de 5 maridos, nenhum na escola. O barraco não têm água ou luz. Quando chove, todos rezam. Se o riacho transbordar, vai tudo por água abaixo. Os filhos ... fazem biscates: engraxam sapatos, capinam terrenos, vendem balas nos sinais. Somando tudo a família arrecada R\$ 250 /mês. Há mais de 10 dias não entra comida em casa. – Estamos nos virando com farinha e açúcar. As crianças ficam fracas. Se a situação apertar, vou pedir esmola – diz ela que está desempregada há 4 anos. Aposentado por invalidez, Jair, 43 anos, chegou ao limite. Sustenta os pais, a mulher, quatro filhos e quatro netos com um salário mínimo (R\$ 180/mês). No barraco de madeira, com um cômodo e sem banheiro, na Vila do João, as panelas estão vazias. – A gente faz festa quando tem um ovo para comer. Todo dia é arroz e feijão ou angu. E mais nada – diz ele(...)”

Honório, assim como Maria dos Anjos, Jair e muitos outros, compõem a estatística de dois bilhões de pessoas sofrendo de anemia (1/3 da população mundial). Ele e seus filhos procurarão um serviço médico para tratar da anemia, considerada uma doença. Agora, o médico que trata do seu Honório e seus familiares, vizinhos, etc, sabe em que condições reais concretas ele vive hoje, isto é, há mais de 20 anos? Saberia o médico que esta anemia poderia não existir se ele tivesse o mínimo-básico para comer e dar à sua família? Do ponto de vista de saúde num longo prazo (longevidade), o que é necessário e racional à prática médica: receitar por um longo prazo o “Sulfato Ferroso” ou conscientizar-se de que alguns problemas não podem ser definitivamente resolvidos por ele, e não estão relacionados necessariamente a um problema particular do paciente mas devem-se às condições materiais em que ele vive e suas raízes históricas?

Neste mesmo contexto ocorrem pesquisas nos mais variados campos do conhecimento em biologia, estando mais em relevo aquelas voltadas para as modificações genéticas, inclusive podendo envolver os seres humanos. Além do Projeto GENOMA, da clonagem, da pesquisa, produção e lançamento no mercado de drogas e equipamentos que podem substituir alguns que nem foram usados, há o campo dos alimentos geneticamente modificados, ou transgênicos que gradativamente ganham destaque.

Não sabemos bem ao certo se há ou não influência destes alimentos na produção de doenças, não necessariamente o câncer, que foi escolhido para analisar a

complexidade da interface medicina e condições materiais historicamente produzidas e fazer emergir um elemento filosófico, norteador da formação do médico do século XXI.

Existem medidas legais obrigando a especificação de quais alimentos são ou não geneticamente modificados. É interessante lembrar que, embora tímida, já existe uma preocupação da sociedade em consumir produtos com procedência e produção conhecidas. Há no mercado alimentos com e sem agrotóxicos; carnes – (frango, bovina, etc.) com e sem hormônios e antibióticos; etc. Essas diferenças dos alimentos explicam-se, parece, por um único motivo: custo final de produção. Novamente os efeitos destas medidas recaem principalmente sobre determinada faixa da população, qual seja, aquela que não tem condições materiais de escolher como viver. Se antes os miseráveis morriam de fome, hoje podem não morrer de fome e sim de males atribuídos aquilo que é produzido de forma rápida e econômica e que não serve para os povos mais esclarecidos e com maior poder de compra. Mas, como a maioria dessas pessoas excluídas podem adquirir um alimento de melhor qualidade e mais saudável se têm que fugir, em primeiro lugar, da fome? Talvez fosse melhor morrer como uma cabaia gorda que consome transgênicos do que morrer de caquexia pela privação alimentar, de “barriga vazia”?¹⁰⁰ Passados mais de 150 anos da Inglaterra descrita por ENGELS¹⁰¹, entendemos que não é possível ignorar que há uma matriz para regulação da oferta/procura dos alimentos também definida de acordo com o poder aquisitivo.

(...) O que é verdade para as roupas, também o é para a alimentação. Aos trabalhadores cabe o que a classe possuidora acha excessivamente mau... De manhã o mercado regurgita com as melhores coisas, mas quando os operários chegam o melhor acabou, e mesmo que tivesse sobrado, não poderiam comprar. Frequentemente as batatas que os operários compram são de má qualidade, os legumes estão murchos, o queijo velho, o toucinho rançoso, a carne magra, velha, dura, proveniente muitas vezes de animais doentes ou cansados, e mesmo meio podre... Mas nove décimos do que não foi vendido até as dez horas já não é comestível no Domingo de manhã, são precisamente estes restos que constituem a ementa dominical da classe mais miserável. A carne que é vendida aos operários é frequentemente intragável mas, posto que a compraram, têm de a comer... Os merceeiros e os fabricantes falsificam todos os gêneros alimentícios de uma maneira insuportável, com completo desprezo pela saúde dos que devem consumir... Vendem manteiga salgada em vez de manteiga fresca...

¹⁰⁰ Veja, Revista *A Índia diz sim aos transgênicos: Pânico no meio ecochato: programa contra fome vai usar batata modificada geneticamente*. 15 janeiro de 2003, p41. A batata contém dose 30% maior de proteínas que batata comum, além de aminoácidos essenciais para o crescimento infantil. Pesquisadores inseriram no DNA da batata gene de amaranto, planta rica em proteínas.

¹⁰¹ ENGELS, F. *A classe trabalhadora em Inglaterra*, 1975, p 104-109.

Misturam ao açúcar, arroz pulverizado ou outros gêneros baratos que vendem a preços altos. Os resíduos das fábricas de sabão também são misturados com outras mercadorias e vendidos como açúcar. Misturam chicória aos outros produtos baratos ao café...Frequentemente misturam ao cacau terra escura e fina... o tabaco é misturado com matérias repugnantes de toda a espécie, seja qual for a forma como este produto é posto à venda... Claro que não se limitam às fraudes com produtos alimentares... entre outras a prática infame consiste em misturar giz ou gesso à farinha... A alimentação habitual do trabalhador industrial varia, evidentemente, segundo o salário(...)”.

A matriz social-econômica desta realidade e seus desdobramentos foi preservada num passado menos distante e genuinamente brasileiro:

“(...) No que se refere à alimentação, um diagnóstico oficial afirma: “nas classes de renda mais baixa, o consumo de alimentos, além de diminuir quantitativamente, constitui-se de alimentos de qualidade ou tipos inferiores, de menores preços... Com a diminuição do poder aquisitivo (queda do salário real) as classes mais pobres têm suas condições de alimentação sensivelmente prejudicadas... A desnutrição pode ser causa direta de morte, e atuar como fator preponderante e agravante de doenças infecciosas, aumentando a taxa de mortalidade infantil”. 52% da população da Capital e 73% da dos demais municípios da região são subnutridos. A desnutrição aparece como causa básica ou associada em 28% dos óbitos em menores de 1 ano da Grande São Paulo; retirando-se os óbitos neonatais, a proporção sobe pra 45%. Ademais, 65% das doenças infecciosas registradas na área foram associadas à desnutrição(...)”¹⁰²

Não podemos negar que os famintos no mundo sejam, um dia, alimentados por estes alimentos, afinal, como controlar as pesquisas e produção deles, se os maiores interessados são os detentores dos meios de produção¹⁰³, representados pelos (seus) órgãos supranacionais? As próprias ONU-OMS que também regulam as ações mundiais de auxílio aos desprivilegiados não têm poder decisivo absoluto sobre questões envolvendo, em última análise, a expansão-acumulação do capital. O Código de Ética que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, criado na década de 50¹⁰⁴ do século XX, não tem sido rigorosamente cumprido, podendo agravar ainda mais a saúde dos povos pobres. Mas nem sempre é isso que importa, afinal, as medidas “avalizadas”

¹⁰² Cf CAMARGO, CPF et al. *São Paulo 1975: crescimento e pobreza*. São Paulo: Loyola, 1976, p.47. É importante ressaltar que no século XXI os conceitos que tratam de distúrbios da nutrição, por exemplo, desnutrição, subnutrição, etc, deverão incluir a obesidade também como um desvio.

¹⁰³ Algumas multinacionais envolvidas na produção de alimentos transgênicos, além de outros produtos como medicamentos, são a *Monsanto*, *Novartis* e *Aventis*.

¹⁰⁴ LANDMANN, J. *A ética médica sem máscara* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1985 .Cf. o histórico dos Comitês de Ética que passaram a regular as pesquisas envolvendo seres humanos. Sabemos que as pesquisas envolvendo medicamentos continuam a existir nem sempre com fiscalização e agora surgem as pesquisas envolvendo as modificações genéticas em plantas e animais.

pelos órgãos supra nacionais¹⁰⁵ para promover a saúde dos povos baseiam-se em índices sofisticados para resolver problemas velhos, alguns até primitivos:

“(...)PRIVAÇÃO ATINGE 13% DA POPULAÇÃO BRASILEIRA” – Nada menos que 11,3% das crianças nascidas em 1999 não conseguirão ultrapassar 40 anos de idade : Índice de Pobreza Humana [IPH] mostra Brasil na 18ª posição entre 90 países em desenvolvimento(...)”¹⁰⁶.

Novamente um relatório produzido pela ONU que, como outros, não tem podido interferir no poder dos “guardiões do capital” mundial e também nem sempre consegue conscientizar os vários setores da sociedade, inclusive o da saúde, que é o que defendemos contrariamente ao que tem sido feito na educação médica.

Embora o IPH mostre o Brasil numa posição pouco melhor que na lista anterior quando ocupava a 21ª ocupação, do ponto de vista materialista é inaceitável admitir que de cada 100 crianças nascidas quase 12 delas não ultrapassarão 40 anos. Se considerarmos a riqueza material atingida no século XXI e aquela ainda possível, esta situação parece mais um descarte de vidas, atualmente desnecessárias para que se concretize a compra-venda da força de trabalho e extração de *mais – valia*.

Através deste mesmo índice surgem outros números que permitem questionar se os povos realmente precisam de médicos num primeiro momento, reforçando assim nossa tese de que as novas propostas em educação médica e reformulação do currículo médico podem estar equivocadas. Ora, como formar um médico para trabalhar em locais onde 15,1% dos adultos são analfabetos sem possibilidade de ler uma receita, uma bula, seguir orientações por escrito, dar remédio aos filhos, etc; onde 17% da população não tem acesso a água tratada e 6% das crianças estão abaixo do peso, provavelmente por

¹⁰⁵ Jornal Folha de S. Paulo. “Segurança alimentar: Economista defende investimento em pesquisa agrícola para gerar competitividade internacional- Sachs sugere que Lula procure empresas”. 24/nov/2002. Sachs é economista e diretor do Instituto Terra, um centro de estudos na Universidade de Columbia, destinado a buscar um futuro sustentável para os pobres. Ele também assessora o secretário geral da ONU – Kofi Annan -, na obtenção das metas do milênio da própria ONU, que incluem melhor acesso à água, saneamento, energia, saúde e alimentação. Segundo ele, que trabalha com a *Monsanto* para entender como a agrobiotecnologia pode ser usada em benefício dos pobres ao redor do mundo, esta área ainda é palco de disputas e mitos, mas não deve ser ignorada como possibilidade econômica viável, inclusive para o Brasil. Nós defendemos que nas próximas décadas o campo da promoção à saúde onde o médico poderá ter papel decisivo será aquele onde ele desempenhará um papel mais amplo e complexo de analista, mediador e juiz de propostas e medidas ligadas à geração de saúde, que em muitos casos, hoje, tem ficado nas mãos de indivíduos como Sachs.

¹⁰⁶ Jornal O Globo, Rio de Janeiro, 10 de julho de 2001.

que não comem regularmente? A questão não se resume em orientar estas pessoas para que saiam desta situação, mas sim, em primeiro lugar, compreender que esta condição de grave privação-pauperização por determinação econômica vem afetando ainda mais o mundo pobre de modo global, e não será modificada rapidamente, mesmo com a pulverização pelo território nacional de equipes de saúde da família, agentes de saúde e programas de saúde associados.

Este pode ser um projeto político para muitos anos. E um bom começo pode, de um lado, vir da distribuição menos desigual de renda ou das condições materiais mínimas para uma vida saudável e, de outro lado, da conscientização social das raízes desse problema complexo. Embora paradoxal, a grande maioria de indivíduos diretamente ligada aos “frutos” desta situação, inclusive o médico, ignora suas raízes.

Podemos até admitir medidas emergenciais e neste sentido compreendemos a proposta atual de uma ação médica assistencial, ou mesmo programas de combate à fome¹⁰⁷. Entretanto, é preciso estabelecer estratégias para uma ação médica num longo prazo, compatível e compromissada com a mudança da estrutura social. Ao discutir a reformulação do currículo médico devemos distinguir uma proposta emancipatória vinculada às transformações sociais profundas e necessárias, de uma proposta “emergencial/compensatória” que tem arrebatado instituições mundiais de formação profissional onde o principal “elo de união” entre elas é o cumprimento das imposições neoliberais. Acreditamos que uma motivação que poderia unir os envolvidos com a educação médica mundialmente seria a compreensão da realidade dos pacientes que hoje vem adquirindo semelhanças inexistentes até o último quartel do século XX.

A porcentagem de habitantes que vivem com menos de um dólar /dia passou de 5% para 9%, e os que ganham menos de dois dólares /dia passou de 17,4% para 22%. A proporção de pobres no Brasil passou de 32,7% para 34% da população entre 1998 e 1999. “No extremo oposto estão países africanos como Nigéria (90º no ranking com 63,6% dos habitantes em situação de privação) e Etiópia (89%)”¹⁰⁸.

¹⁰⁷ PROJETO FOME ZERO – *Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil*. Documento síntese. Out/2001. Defendemos que políticas compensatórias têm limites e não devem excluir reformas sociais estruturais como salienta Sampaio Jr (2001).

¹⁰⁸ Jornal O Globo, julho de 2001.

Há evidente desconhecimento do significado histórico e material do neoliberalismo, inclusive por uma parte dos responsáveis pela formação profissional do médico que desvinculam-no da medicina, da pobreza e dos efeitos que determina sobre ambas.

Algumas localidades dos EUA também apresentam grupos populacionais privados de alimentação básica, como mostra o índice de pobreza humana criado para os países desenvolvidos e que coloca os EUA na última posição com 15,8% da população em situação de privação, isto é, 12,8% dos americanos não completarão mais de 60 anos e 20,7% são analfabetos com menos de 4 anos de estudos¹⁰⁹.

De acordo com IANNI (1997), trata-se da “Terceira mundialização” de grandes cidades e metrópoles no Primeiro Mundo. Certamente estes índices referem-se aos bolsões de pobreza existentes nas metrópoles mundiais, onde o contraste riqueza-pobreza é mais nítido. Este é um fenômeno exclusivo do capitalismo neoliberal do fim do século XX. Entretanto, a matriz da miserabilidade relacionada à desigualdade material não é nova:

*(...) O capitalismo precipita bruscamente a jovem classe operária, muitas vezes composta por imigrantes vindos de países não desenvolvidos e pré-industriais, como a Irlanda, numa espécie de inferno social onde os trabalhadores são explorados sem tréguas, mal pagos, reduzidos à fome, abandonados, condenados a viver em barracas sórdidas, desprezados e oprimidos não só em virtude do jogo impessoal da concorrência, mas também diretamente pela burguesia que, enquanto classe, os considera como coisas e não como homens, como trabalho, mão-de-obra, e não como seres humanos(...)*¹¹⁰

¹⁰⁹ Jornal Folha de S. Paulo. “Pobreza americana”. 1º de dez/2002. Segundo reportagem, a distância entre os mais ricos e os mais pobres aumentou muito nos últimos anos e já é a maior registrada na história do país. Enquanto uns culpam a distribuição de renda desigualmente privilegiando os altos executivos, outros culpam os imigrantes desqualificados. O índice de pobreza entre não americanos pulou de 17,7% para 21,3% na última década. A renda média anual dos 40% mais pobres caiu 2,6% em 2001. Gradativamente as pessoas vão perdendo benefícios como seguro saúde e precisando mais do seguro desemprego. Em Nova York 1,5 milhão de pessoas dependem de doações de alimentos. 500 mil são crianças e 300 mil são idosos. Estudos do Departamento de Agricultura estimam que 33 milhões passam fome nos EUA contra 31 milhões há dois anos. “São americanos que não sabem quando vão comer”. Segundo a reportagem “Em Nova York, Fome Zero já funciona”: distribuição de alimentos diária, principalmente às custas daquilo que seria desperdiçado: 21 toneladas/dia. Os abrigos da cidade não comportam mais mendigos, os sem-teto. Aumentou o número de famílias pedindo abrigo e elas chegam a ficar o dobro do tempo que ficavam na década de 90: “Em Nova York, outubro viu um fluxo diário de 37,1 mil pessoas aos abrigos municipais.” Já foi tentado enfiá-los em ex- prisões. A proposta mais recente parece ser a da utilização de ex-navios de cruzeiros turísticos que seriam ancorados em torno da Ilha de Manhattan para acolher os despossuídos. Entidades de defesa dos direitos humanos pressionam para construção de novos abrigos.

¹¹⁰ ENGELS (1975, p.12).

Portanto, este “restante” pode ser historicamente definido e inserido num contexto, também histórico de transformações sociais ainda em curso. Há uma insistência generalizada em se afirmar a importância do médico e dos serviços de saúde nesta sociedade. No caso do médico, trata-se de um indivíduo com formação de nível superior, preparado, especializado, incumbido de promover a saúde – física e psíquica – dos homens que com ele vivem. Mas isto tem sido levado “ao pé da letra” e cegamente, como podemos notar através de programas como "Saúde da Família"¹¹¹, que se apóiam, de modo geral, no trabalho de um médico generalista e da enfermagem. Nós questionamos se estes médicos conhecem realmente os homens de quem cuidarão? Qual o perfil de grande parte desses homens que procurarão assistência médica, principalmente a primária por ser a única disponível na conjuntura brasileira? Afinal, entre homens, mulheres e crianças, quem são os que vivem restritos à condição de doentes, do nascimento à velhice, sem alcançar a situação de pacientes?

Dentro de nossa proposta original de vincular a reflexão sobre educação e currículo médicos a um embasamento filosófico, no caso o materialismo histórico e a dialética *marxiana*, julgamos fundamental, para o entendimento radical dos fatos, reforçar o significado da *economia* apresentado, baseado no pensamento *marxiano*. Apesar da fragmentação moderna do conhecimento, com toda a especialização proposta como elemento chave para compreensão do que cerca o homem que lhe é peculiar, nós acreditamos que, particularmente hoje, a necessidade de compreender mais do que o conjunto e seus elementos, tornou-se fundamental compreender a relação entre eles, porém numa perspectiva histórica. Na nossa pesquisa, a compreensão histórica-dialética foi imprescindível para desvendar alguns aspectos concretos do processo de evolução humana, dentre eles a relação saúde/longevidade/vida e seu oposto, a doença/morte.

¹¹¹ Analisar a importância destes programas sem considerar as localidades eleitas para sua implantação é um equívoco. Os dados apresentados (Anexos) nos ajudam a compreender as contradições. É comum os defensores destes programas divulgá-los como sendo semelhantes, ou baseados nas ações e programas de Saúde, por exemplo, de Cuba. Entretanto, não é comum estes idealizadores refletirem sobre o fato de que este modelo de assistência à saúde é um complemento de outras medidas, algumas até prioritárias, que também trazem benefícios à população através da melhoria das condições de vida. O sucesso nos países como Cuba deve-se também às melhorias prévias em setores estratégicos garantindo aos cidadãos cubanos, antes da assistência à saúde, ou simultaneamente, condições básicas para que não adoecessem. Isto nos permite entender por quais caminhos se dá o vínculo histórico, nos campos da política e da economia, entre medicina, condições materiais e os processos de adoecimento ou de manutenção da saúde.

Entender as doenças no seu desenvolvimento e contextualização históricas e assim desenvolver estratégias de saúde implica em conhecer o modo como as pessoas desenvolvem suas condições de subsistência ou, a *economia*.

Analisando as condições materiais do cotidiano moderno do século XXI, podemos refletir acerca de qual medicina poderá nos servir no futuro, tanto num breve quanto num longo prazo. De acordo com a reportagem já mencionada,

“(...) apesar da pobreza ter diminuído 5,1% nas seis maiores regiões metropolitanas do país de 1999 para 2000 cerca de 50 milhões de brasileiros ainda vivem como indigentes, revelou estudo divulgado ontem pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Esta parcela de excluídos, que representa 29% da população, tem uma renda percapita inferior a R\$ 80 por mês e não consome o mínimo de calorias estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para eliminar a indigência e acabar com a fome no Brasil, é preciso investir R\$ 1,7 bilhão por mês, ou R\$ 20,4 bilhões por ano, conclui a pesquisa... Se cada brasileiro contribuísse mensalmente com R\$ 10,40, seria possível erradicar a miséria... Neri lembrou que as obras sociais executadas por prefeituras, governos estaduais e governo federal consomem cerca de 20% do PIB brasileiro, o equivalente hoje a R\$ 217 bilhões(...)”

Ora, parece haver certa dose de hipocrisia, até compreensível do ponto de vista ideológico, por parte da ONU-OMS. Certamente não propõem como guia de referência alimentar a “*pirâmide de alimentos*” americana (1992), apresentada neste trabalho¹¹² pois, para propô-la, deveria necessariamente haver uma “revolução material” mundial a fim de melhor distribuir o que já é produzido. Só isto já traria mudanças significativas nas relações sociais.

Mesmo que admitíssemos que a proposta de R\$ 80/mês deve-se ao fato de que não há condições materiais mínimas de subsistência para toda humanidade no momento atual, o que seria mais crítico e assustador ainda, este não parece ser o real motivo destas propostas oficiais, mundialmente aceitas. Ao refutarmos esta última hipótese, somos levados a pensar que podem existir setores mundiais desinteressados - propositada ou alienadamente - em banir a pobreza dada a produção material alcançada até o início do século XXI. Sabe-se que ela é lucrativa e dá certa estabilidade política-econômica a uma ampla rede mundial de “assistência à pobreza” em que estão envolvidos setores ligados à

¹¹² Cf. NELSON, WE et al, 1996. *Pirâmide Alimentar* apresentada e preconizada desde 1992 que, embora tenha sofrido modificações, serve-nos perfeitamente como referência alimentar pois pouco mudou na sua essência.

área da saúde. A assistência material “filantrópica” que pode ser vista como uma forma de solidariedade permite, entre outras coisas, a redução de impostos, serve como ótima propaganda para consumo e fabricação de produtos, aumenta o desempenho dos funcionários, etc. De certa forma representa a ideologia do “capitalista bonzinho”, preocupado com a exclusão social em massa.

Aqui também se incluem aqueles “capitalistas” preocupados com a pobreza, isto é, o lucro que ela permite, porém de uma outra forma, qual seja, a produção de alimentos transgênicos e sua distribuição.

Sem um controle rigoroso e não estando claros, ainda, os rumos das pesquisas, o que se sabe é que há uma possibilidade de economia na produção de vários alimentos que passarão a necessitar de menor quantidade de defensivos agrícolas. O lucro de quem possui *tecnologia* nesta área será certo. O Jornal “O Globo” (10 de julho de 2001) traz um informe sucinto sobre alimentos transgênicos mostrando como andam as discussões:

“(...) Relatório da ONU elogia alimentos transgênicos – sementes ajudariam a combater a fome no terceiro mundo – Genebra. Os alimentos transgênicos, amplamente criticados no Ocidente podem ser a resposta para o problema da fome nos países pobres com a criação de sementes mais resistentes à seca. Mesmo reconhecendo que a manipulação de alimentos pode ter um resultado desconhecido, os autores do estudo disseram que os transgênicos têm chances de beneficiar regiões do mundo com natureza e economia desfavoráveis. Os transgênicos foram suspensos na Europa, e estão sob ataque nos EUA e Canadá diante do temor de que possam causar danos ao meio ambiente e à saúde da população... a ONU elogiou o arroz geneticamente modificado desenvolvido recentemente no Japão capaz de crescer em áreas mais secas sendo, ao mesmo tempo, mais rico em proteínas. O alimento já foi plantado em algumas regiões da África Ocidental(...)”.

A versão divulgada pela ONU de que os alimentos transgênicos poderão resolver o problema da fome no momento não é única e nem tão convincente. Os países desenvolvidos como Europa, América do Norte e alguns em desenvolvimento já dispõem de legislação que obriga os produtores a identificarem os produtos. Assim, parece-nos, novamente o mundo subdesenvolvido ou, o Terceiro Mundo, poderá servir de “laboratório de ensaio” onde as “cobaias” são os próprios homens miseráveis. Modelos experimentais com seres humanos podem ocorrer no Terceiro Mundo, mas, são proibidos no Primeiro Mundo há algum tempo (LANDMANN, 1985). A pergunta é a seguinte: a única forma de saciar a fome das pessoas no mundo é colocando suas próprias vidas em risco, ou esta é

uma forma que atende simultaneamente a fome dos miseráveis, sem opção, e a fome de lucro das empresas produtoras de alimentos? Numa reportagem mais recente surgem novos indicativos de como a fome é vista pelo capital industrial: “Múltis usam fome para lobby transgênico: segurança alimentar – ajuda de governo americano ao Fome Zero carrega interesse do país e de companhias de biotecnologia”¹¹³.

De acordo com debates da III Semana de Alimentação/2º SOS fome (2001), o problema alimentar no mundo é muito mais de distribuição e poder de compra do que de produção. As vantagens dos alimentos não estão comprovadas definitivamente e alguns desses produtos tendem a cortar mão-de-obra rural. Mas, vale lembrar quanto pode ser “sedutora” a idéia de produzir estes alimentos se adotarmos a visão de promoção de saúde que tratada aqui, pois há possibilidade de produzir o “arroz dourado”: enriquecido com beta-caroteno que, sabidamente, é um elemento dietético anticancerígeno.

Tem havido questionamentos constantes sobre os interesses envolvidos nas pesquisas do GENOMA, da clonagem, dos alimentos transgênicos, etc. São freqüentes os confrontos entre as indústrias do fumo e bebidas, etc., e os governos demonstrando a preocupação dos setores da saúde com os malefícios de alguns produtos que usados por longo tempo causam danos irreversíveis ao organismo. São doenças altamente onerosas para a Previdência Social.

Desde a década de 90 empresas multinacionais do setor agroindustrial investem pesado na aquisição de empresas nacionais do mesmo setor, com objetivo de, através de pesquisas genéticas ligadas a produção de alimentos transgênicos e sementes, conquistar o mercado oferecendo produtos “mais resistentes” às condições do meio ambiente e capazes de dispensar mão-de-obra do campo. Um exemplo clássico é o da produção da soja transgênica resistente aos agrotóxicos usados no combate das ervas daninhas. Assim, o setor da pesquisa genética – alimentos transgênicos – passa a ser um mercado altamente explorável: “mercado de gens”. Não interessa a este setor se a produção de alimentos para satisfação humana global já é suficiente. Esta idéia da utilização de tecnologia para geração, em primeiro lugar, de lucro, transfere-se para outros setores: educação, saúde, etc. E por traz disto dois mundos distintos e absolutamente concretos: o da privação, da carência, da falta do básico para sobreviver, e o outro da fartura, da

¹¹³ Jornal Folha de São Paulo, 24 de novembro de 2002.

abundância, do desperdício, voltada para o lucro e o enriquecimento, reforçando a tese *marxiana* da superprodução e da supermiséria, que é inerente ao próprio sistema capitalista.

Tudo isso não é novidade na história do Capitalismo como já vimos através das análises de Marx, pois assim como os desprivilegiados “aceitam” a ajuda – não tendo condições de vencer a alienação e saber que toda a riqueza vem da *mais valia* -, o próprio capitalista acredita que sua ajuda material – obviamente desde que não interfira no lucro – pode melhorar as condições de vida dos miseráveis, a mesma coisa que a classe trabalhadora apelar apenas para “os sentimentos e as bolsas do burguês”¹¹⁴.

Através dessa relação de cumplicidade entre divisão-aceitação material entre classes, subentende-se que, velada ou alienadamente, haja o que repartir. Talvez política e ideologicamente seja menos pior dar do que ser tomado de assalto? Essa cumplicidade, alienada e contraditória, alcança vários segmentos sociais do globo, passo a passo, e parece solidificar-se através da regência das políticas neoliberais, sendo até admitida como "evolução natural das coisas". É o que mostra outra manchete do mesmo jornal:

"(...) ONU ELOGIA CURSO DE INFORMÁTICA PARA POBRES – Um país desigual: Crianças da Mangueira aprendem a lidar com o computador e já sonham com um futuro melhor. Relatório PNUD prega necessidade de investimentos em infraestrutura e capacitação de comunidades carentes (...)” .

Noutra página: “RIO [A CIDADE DO RIO DE JANEIRO] É 3ª NO RANKING DA CRIMINALIDADE – Cidade só perde para Buenos Aires e Bogotá segundo pesquisa da ONU ”. (Jornal O Globo, julho de 2001)

Respectivamente, na primeira reportagem manifesta-se o desejo dos favelados de acesso à informática (*internet*), mais restrita aos países desenvolvidos (79% dos usuários). Este desejo sintoniza-se com a disponibilidade – de tempo e dinheiro -, de grupos como o Comitê para Democratização da Informática (CDI)- órgão não governamental, o que é bom para um Estado neoliberal mínimo! -, fundado por Rodrigo Baggio em 1995 que se auto intitula “empreendedor social”. É uma entidade reconhecida pela UNESCO, Banco Mundial, BIRD, Fórum Econômico Mundial e, recentemente pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Alguns desses órgãos mundiais têm sido responsáveis pela

¹¹⁴ MARX & ENGELS (1848), citado por HUBERMAN, 1986.

implantação gradativa, controles e ajustes com sucesso das políticas neoliberais em todo globo. No conjunto destas medidas, encontramos aquelas que transferem recursos econômicos aos órgãos não governamentais, isto é, à própria comunidade para que se “autogerencie”, desvinculando, assim, o papel e importância do Estado nestas ações. Esta política faz parte da ONU que, através de programas como o PNUD convoca explicitamente. Em documento oficial, “os indivíduos ricos do Brasil, Arábia Saudita, Índia e Malásia a se organizarem em fundações que patrocinem a pesquisa e o desenvolvimento de investigações relevantes” (jornal O Globo, julho de 2001), numa referência ao fato de que,

“(...) menos de 10% das pesquisas em saúde são voltadas para os males que representam 90% do peso mundial das doenças. Dos 70 bilhões de dólares investidos no setor em 1998, só 300 milhões de dólares foram destinados a vacinas contra Aids e 100 milhões à Malária(...)”

O PNUD ainda chama atenção dos países para as necessidades de investimento na produção de computadores para os pobres, vacinas (Tuberculose, Malária e AIDS), sistemas de energia para bilhões de pessoas que vivem às escuras e técnicas para aumentar a produtividade de culturas agrícolas de primeira necessidade como mandioca e milho. Como sabemos, esses alimentos têm alta taxa de carboidratos que é o substrato predominante da dieta da maior parte dos seres humanos, mas que não deve ser exclusivo como vimos na pirâmide alimentar (NELSON, 1996). A finalidade de seu cultivo de modo até rudimentar-artesanal serviria para evitar a morte por desnutrição, porém não protegeria de outras doenças como, por exemplo, o câncer¹¹⁵ e infecções graves¹¹⁶.

¹¹⁵ DEVITA JR., VINCENT T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, AS. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 4. ed. JB Lippincott Co., Philadelphia, 1993. Hoje, acredita-se, baseado em comprovações científicas, que o câncer possa ser evitado com a adoção de dietas cada vez mais balanceadas e ricas em vitaminas, verduras, frutas e cereais.

¹¹⁶ Com o desvio das atenções científicas para outros assuntos "mais interessantes", ou de maior evidência no cenário acadêmico e industrial, a comunidade científica talvez tenha esquecido o perfil dos pacientes com desnutrição de terceiro grau (protéico e/ou calórica) suscetíveis a infecções graves. Eles representam o extremo de uma situação onde há grave desequilíbrio alimentar e grande propensão ao adoecimento. Nesta mesma perspectiva de análise, de acordo com WILKINSON e cols. (*"Evidence of gene-environment interaction in development of tuberculosis"*. Lancet, 355:588-9, 2000), haveria uma possível relação parcial, mas cientificamente comprovada pelas primeiras pesquisas, entre a Vitamina D e a Tuberculose. Existiriam receptores para vitamina D nos linfócitos T e B (células do sistema de defesa do corpo humano), geneticamente formados a partir da própria estimulação pelas quantias de vitamina D no sangue. A pesquisa mostra que a vit. D foi encontrada em níveis muito baixo nos doentes de Tuberculose e em níveis normais nos contactantes. Faltam evidências definitivas de que possa ser usada como coadjuvante no tratamento desta moléstia milenar, porém até que surjam novas provas, não vemos mal nenhum no fato das pessoas poderem ingerir vitamina D a partir das fontes habituais -leite, manteiga, ovos, fígado, margarina, etc-, ou mesmo como complemento vitamínico.

Noutra reportagem, “o Rio de Janeiro é a terceira cidade com maior incidência de criminalidade entre 28 metrópoles de países em desenvolvimento” (Jornal O Globo, julho de 2001).

Segundo o relatório do estudo mundial desenvolvido pela ONU, 44% dos mil cariocas entrevistados já sofreram algum tipo de crime. Nas estatísticas cariocas (1995), 17,1% dos entrevistados foram vítimas de suborno ou corrupção, 14,7% crimes contra propriedade – furto de carros ou em casa -, 12,2% foram roubados e 3,4% furtados, crimes sexuais (só mulheres!), 7,5%¹¹⁷.

A medicina, mais especificamente aquela ligada à saúde mental, tem sido muito solicitada para "tratar" de uma espécie de "sociopatia" onde há pânico e medo generalizado diante da violência urbana. A medicina ligada à área de urgência/emergência tem formado grandes especialistas no tratamento de vítimas da "guerra urbana" e, em alguns casos, estes médicos dão cursos de cirurgia-emergência.

Para a maioria dos médicos dessas duas áreas e das vítimas, a causa deste cenário é a pobreza. Ora, que espécie de área do conhecimento se propõe formalmente e ao longo da história a levar bem estar aos homens sem, entretanto, conhecer as raízes do mal que os afeta? Afinal, eles são seus próprios pacientes. A pobreza, a fome a miséria são efeitos da desigualdade estrutural econômica histórica, ainda não resolvida. Cabe ao médico que, antes mesmo da profissionalização, é um homem que vive em sociedade, buscar alternativas para superar esta desigualdade material histórica especialmente na sua área de atuação, e não mais se preocupar, exclusivamente, com o aperfeiçoamento técnico interessado em tratar dos efeitos desta mesma desigualdade sobre os próprios homens, as vezes podendo até obter vantagens e lucro.

Diante do exposto, colocamos um ponto de vista que hoje está mais claro e vai em direção à consolidação dos fundamentos da nossa crítica às bases que ainda sustentam a educação médica e, portanto, a organização dos currículos de medicina, qual seja, de que existe uma forte correlação entre as doenças e a morte ou seu oposto a

¹¹⁷ E, como se fosse novidade na história da humanidade, a reportagem encerra-se admitindo uma relação entre pobreza e violência. Mas é esta pobreza – falta de condições materiais para subsistência – que nos interessa e exploraremos mais, tentando desvendar como tem influência na saúde das pessoas e, portanto, no modo como é ensinada e exercida a medicina.

saúde/vida/longevidade e as condições materiais históricas. Entretanto, esta relação não tem sido explorada pela medicina, apesar das recentes evidências, inclusive científicas¹¹⁸, mais convincentes do que décadas atrás¹¹⁹. É o que ocorre com a área que tomamos como exemplo (cancerologia) para detalhar a relação entre as condições materiais e sua interferência na geração e manutenção da doença/morte ou saúde/vida/longevidade. Novas pesquisas mostram outros aspectos ligados às condições materiais como determinantes de doenças: por exemplo, cientificamente não é correto atribuir somente ao mosquito transmissor da dengue a responsabilidade pelas epidemias crescentes¹²⁰.

Mas, se não é uma relação definitivamente confirmada ela é ao menos reconhecida por um segmento da ciência moderna, e da própria medicina, que trabalha com estudos epidemiológicos (populacionais, de caso-controle e coorte, internacionais, transversais). Hoje, esta possibilidade de aumentar a compreensão através destas pesquisas, talvez se deva às condições científicas e tecnológicas alcançadas que permitiram ao homem debruçar-se sobre o assunto, considerando o tempo decorrido que precisou existir para que fossem transformadas as condições materiais, estando implícitas as interações dos homens com os diversos fatores externos (poluição, modelo de alimentação, migração, imigração, êxodo rural-urbanização, etc). São relações como

¹¹⁸ Além da obra que nos serve de referência (DEVITA, 1993), há várias pesquisas que procuram correlacionar os efeitos das condições materiais sobre a saúde, além dos alimentos.

¹¹⁹ WAITZKIN (1998).O conhecimento produzido tratando da interferência das condições materiais sociais na vida dos homens e na sua saúde, assim como o detalhamento desta relação são patrimônios intelectuais do homem moderno. Isto não quer dizer que tenha recebido o devido valor, como mostra o autor. Obras que tratam disto como *La Realidad Médico-Social Chilena*, 1939, SALVADOR ALLENDE; *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*, RUDOLPH VIRCHOW, 1985, merecem ser consultadas apesar da dificuldade em obtê-las.

¹²⁰ *Jornal Correio Popular*. *Saúde prevê explosão da Dengue no verão – Especialistas e autoridades em saúde consultadas pela reportagem são unânimes em dizer que epidemia será ainda mais grave em 2003*. Campinas(SP), 22 de setembro de 2002. Segundo um dos especialistas, a medida mais eficaz é acabar com reservatórios do mosquito. Há em Campinas 300 pontos de alto risco. A doença é endêmica no país e até agora não houve interrupção da doença no município. É provável que os casos de dengue hemorrágica sejam mais frequentes. Por outro lado, no artigo de NATAL, D. E COSTA, AIP - *Distribuição espacial da dengue e determinantes socio-econômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil* trabalho da *Rev Saúde Pública* v.32(3) São Paulo, 1998, foi demonstrado que há correlação entre incidência de dengue e o adensamento populacional. Na organização de determinada região paulista proposta pelos autores e designada como unidade 3 na qual reúnem-se os indivíduos com menor escolaridade, menor renda em salários mínimos e piores condições de moradia, é a mais suscetível a tais doenças. Portanto, não se trata simplesmente de combate da Dengue através de eliminação dos criadouros, que podem ser até reservatórios de água para consumo doméstico: uma espécie de “caixa d’água a céu aberto”. Há outras formas de acabar com os criadouros como, por exemplo, através da ampliação do saneamento e melhoria nas condições de moradia.

aquela que pôde ser estabelecida entre o cigarro e o câncer de pulmão, digo, uma relação quase direta, tipo causa-efeito, onde o tempo de exposição ao fator maléfico teve importância determinante no aparecimento da doença, além do fato de que milhões de pessoas puderam viciar-se graças à produção em escala industrial-mundial do fumo. E uma relação deste tipo vem surgindo, com consistência científica, a partir dos estudos epidemiológicos e experimentais, porém precisa ser aprofundada. Trata-se da relação entre estilo de vida e grupos de doenças - entre elas o câncer, doença moderna das mais temíveis, e as doenças cardiovasculares -, com fortes evidências, entre outras coisas, de que elas podem ser determinadas por um modo de vida ou, estilo de vida, onde também as condições materiais, e em particular a alimentação, tem importância fundamental.

É importante reforçar que a doença câncer, com seus múltiplos tipos, foi por nós escolhida para tentar ilustrar e ajudar-nos a compreender, radicalmente, como se dá a relação doença-morte ou, saúde-vida, na dependência das condições materiais. Por tratar-se, cada vez mais, de uma das marcas da Modernidade, particularmente nos países desenvolvidos onde já não há tantas mortes devido às más condições de vida ligadas à higiene (tratamento de água e esgoto, saneamento básico, poluição ambiental, etc.), ou privação crônica de alimentos (desnutrição), o que é um futuro desejado por toda humanidade, o câncer ainda representa uma ameaça. Com alguma clareza e rigor científico moderno, sabe-se, por exemplo, que em situações de má higiene e privação alimentar, a morte, em grande número dos casos, pode se dar por um agente oportunista (micróbios como bactérias, vermes, protozoários, vírus, etc.) que agride um organismo debilitado sem chances de defesa. Nos países desenvolvidos, de modo geral, esta “página” da medicina já fora “virada” surgindo agora as doenças da longevidade, atrás das quais o homem “corre” novamente tentando proteger-se e retardar sua instalação. Desta forma atrasa a morte e usufrui por um tempo maior deste mundo concreto, real. Este é mais um sinal da busca histórica da longevidade. O "rejuvenescimento" sempre atraiu o interesse humano. Hoje já existe a geriatria, a gerontologia e outras áreas afins, não exclusivamente médicas, mas todas produtoras de conhecimento, preocupadas e incumbidas em desvendar o envelhecimento o que, de modo geral, melhorará a qualidade de vida dos mais velhos. Ora, alguém imaginaria a atuação dessas áreas no final do século XIX e começo do século XX? Certamente não! Por outro lado, podemos

admitir que o surgimento da pediatria (prevenção e ação curativa), da medicina preventiva, da saúde pública, da medicina ocupacional (trabalho), etc., têm relações com as condições materiais sob as quais o homem moderno passou a viver e, fundamentalmente, com aquilo que o homem e sua prole passaram a representar materialmente no contexto da sociedade capitalista. Portanto, representam um conhecimento produzido de acordo com as necessidades dos homens, mas, com a preocupação de satisfazer tais carências concretamente. Não havia elementos para o surgimento dessas áreas do conhecimento, um processo que vem se dando até hoje e não terminou, num mundo rural como o feudal. No entanto, somos capazes de entender seu surgimento numa sociedade industrial como a descrita por ENGELS (1975). Reconhecer todo esse “processo moderno” de surgimento-reformulação do conhecimento na área da saúde, tem importância para estabelecermos as novas bases da educação médica do século XXI, onde o currículo é sua expressão formal. O câncer é uma doença das mais temíveis na Modernidade, o que não quer dizer que já não tenha existido, entretanto, trata-se de doença ainda sem tratamento específico, que pode ser mutilante, causando a morte na maioria das vezes de forma precoce. Noutros tempos, talvez a sua baixa incidência devesse a precoce mortalidade por doenças infecto-contagiosas. Ao lado do câncer há outros grupos de doenças da Modernidade como doenças degenerativas e/ou ligadas ao envelhecimento, principalmente do cérebro, e as temíveis doenças cardiovasculares que também poderiam servir-nos para análise, discussão e reflexão sobre como formar médicos para o novo século.

A atual miséria globalizada tem levado homens, mulheres e crianças a revolverem os "lixões" em busca de alimentos e subsistência financeira e, isto, certamente tem grande parcela de influência no estado de saúde das mesmas que são a maior parte do mundo. Mesmo os índices propostos pelos órgãos supranacionais como ONU-OMS – R\$ 80 reais/mês – estão longe de serem alcançados. Grande parte dos brasileiros vive abaixo da linha de pobreza. Progressivamente estes grupos de miseráveis do Primeiro ou do Terceiro Mundo vão formando, talvez, o que IANNI (1997) denominou “subclasse”.

A ação médica que não substitui e nem antecede a ação de manutenção material da vida dessas pessoas, ao atuar diante dos efeitos dessa situação deve estar consciente.

Ainda assim, se for imposta uma ação médica, ela deve ser primordialmente de orientação política e conscientização. É necessário que os médicos estejam organizados e façam parte de instituições que tenham algum poder político de decisão junto aos órgãos governamentais para que sua contribuição intelectual seja bem acolhida.

A ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) responsável no Brasil pelas questões ligadas à educação médica, parece não dispor de poder de negociação junto ao Ministério da Saúde e da Educação. Fica à mercê das imposições de práticas neoliberais explicitadas nos informes periódicos dos “guardiães do capital” que são as mesmas a preconizar a reforma do estado, a desestatização da economia, a privatização de empresas governamentais produtivas e lucrativas..., a redução de encargos sociais relativos aos assalariados, etc. Estas medidas impregnam as práticas das empresas, das corporações e conglomerados transnacionais dos governos nacionais, assim como a vida intelectual em geral, dentro e fora das universidades e outras instituições de ensino e pesquisa, traduzindo-se por uma vasta produção de livros, revistas, jornais, programas de rádio e televisão, ensaios e monografias. Essa produção intelectual mescla ciência, ideologia e utopia (IANNI, 1997). Quando os “senhores da academia” – médicos, professores, alunos, etc. – supostamente entendidos no assunto educação médica, trouxeram nas suas respectivas “maletas de soluções” este instrumental teórico-metodológico que estamos apresentando e explorarem intensa e profundamente suas “utilidades”, talvez a reformulação do currículo de medicina (e também de outras áreas!) possa efetivamente avançar.

Defendemos uma reformulação da educação médica e a composição de um currículo sintonizado com estas transformações mundiais, e realizada por indivíduos conscientes do seu papel histórico e do próprio papel indispensável da história no entendimento radical dos fatos.

É preocupante a utilização da medicina, por vezes de forma ideológica como ocorre nas reformas curriculares dos países de Terceiro Mundo, através da inserção de uma equipe de saúde com médico num local miserável e com a incumbência de promover saúde. De certa forma tal atitude lembra-nos “a medicina monástica e a ação dos monges beneditinos”, assim como a idéia de sacerdócio ainda vinculada à medicina

apesar dos avanços modernos. Ignora-se que durante o desenvolvimento da humanidade, a relação de um sacerdote com a medicina esteve vinculada à divisão da sociedade em classes e também foi determinada pela impossibilidade de resolver problemas de saúde efetivamente, pelo limite material das Sociedades Primitiva, Antiga e Medieval. No período moderno, a idéia do médico-sacerdote ainda não foi completamente abolida, mas não pela insuficiência material real. É provável que se deva a uma insuficiência material relativa e a sua importância ideológica na luta de classes, e a falta de esclarecimento racional. Em pleno século XXI outras figuras têm substituído este elemento sacerdotal, muitas delas ligadas a algumas religiões.

Crer no papel do médico na periferia sem formação política é como crer num projeto que, ao se basear exclusivamente neste modelo de ação, protege a sociedade dividida em classes o que, radicalmente é interesse da classe dominante: políticas compensatórias. A inserção do médico na periferia ou no interior do Brasil deve fazer parte de um projeto único e amplo que contemple a melhoria das condições materiais de vida das pessoas – saneamento básico, tratamento de água e esgoto, moradias adequadas, e alimentação adequada - para realização de suas mínimas funções cotidianas, físicas e intelectuais.

Esta situação nos coloca diante de uma contradição médico-social concreta, ainda não resolvida, ideologicamente ignorada. Apesar do guia alimentar proposto por um dos principais órgãos de saúde do mundo, como salienta DEVITA (1993, p460)¹²¹, e do fato de que se trata de um período histórico onde a produção material, em geral, é farta, o mesmo ocorrendo, em particular, com a produção de alimentos, a humanidade encontra-se, talvez como nunca, mal nutrida de duas maneiras: quantitativa e qualitativamente, o que torna os homens “duplamente” mais vulneráveis às doenças e em larga escala.

Como alguém satisfaria suas necessidades básicas, entre elas as alimentares, protegendo-se das doenças, inclusive o câncer, com R\$80 por mês? Como alguém pode

¹²¹“(…) Over the past 15 years, numerous scientific organizations in the United States have issued dietary recommendations to the public with an aim of reducing cancer risk, including the recommendation to increase fiber consumption. The NCI (National Cancer Institute) suggests that healthy adults consume 20 –30 g of dietary fiber per day, using a variety of food sources... The NCI also recommends a reduction in total fat intake from its present level of about 38% of calories to 30% or less. These guidelines are consistent with recommendations from other organizations, including the American Cancer Society and American Heart Association (...)”.

mudar seu estilo de vida, ou suas condições materiais, num mundo onde as relações capitalistas determinam um desemprego que gradativamente atinge cifras espantosas, mesmo com a utilização dos países do Terceiro Mundo como local de mão de obra barata? Nos seus respectivos papéis históricos, instituições supranacionais (ONU, OMS, etc.) e nacionais (Ministério da Saúde, da Previdência Social, da Educação) estabelecem metas de melhoria das condições de vida dos homens que, nas condições do Capitalismo neoliberal neste início do século XXI, não podem ser atingidas.

Hoje, a abordagem da relação doença/morte X saúde/vida/longevidade, necessariamente implica a análise crítica das condições materiais e sua disponibilidade. Uma análise que englobe todos estes aspectos e permita alguma esperança, não utópica, mas possível de transformar a sociedade moderna atual deve considerar sua evolução material.¹²²

É preciso desenvolver no aluno a capacidade de ir realmente ao cotidiano concreto dos homens, principalmente no caso da medicina, dos homens doentes, delimitar e apanhar o problema e suas raízes, sem extinguir as conexões, ou as relações deste fenômeno com os demais existentes na sociedade envolvendo os próprios homens e as instituições. As evidências dos estudos sobre o câncer que usamos como exemplo, mostram a importância do futuro médico considerar a complexidade que cerca o paciente doente e não só a complexidade da doença. Aliás, desvincular a doença do paciente foi um fenômeno que de certa forma deu margem ao surgimento de uma "ciência neutra/pura" preocupada com a pesquisa e o experimento baseados exclusivamente no modelo das ciências naturais, independente da repercussão das mesmas ou a finalidade de seu uso. A discussão relacionada à clonagem de seres humanos necessariamente traz à tona este tema não suficientemente discutido e resolvido pela sociedade burguesa. Ocorre que a verdadeira discussão de fundo, ideologicamente "esquecida", ou menos valorizada, é aquela que envolve a finalidade das pesquisas e dos avanços tecnológicos, isto é, está em jogo a produção de

¹²² SAMPAIO Jr., PA. *Origem e desdobramento da crise da teoria do desenvolvimento na América Latina*. Rev. *São Paulo em Perspectiva*, 13 (1-2), 1999, p.196-202.

REGO, RML. *Desenvolvimento capitalista e projeto nacional: Caio Prado Júnior e os impasses da experiência brasileira*. Rev. *São Paulo em Perspectiva*, 13 (1-2), 1999, p.203-213. Na situação atual, tratar das doenças e organizar os modelos de assistência à saúde, em particular assistência médica, à sombra de modelos do Primeiro Mundo e sem conhecer as raízes da organização e desenvolvimento da atividade industrial brasileira só protege a própria propagação das doenças.

conhecimento que beneficiará a humanidade em confronto com aquele que beneficiará a indústria capitalista (de volta o Complexo médico industrial) que objetiva o lucro.

O aluno pode então se servir deste instrumental filosófico-metodológico aqui apresentado para que, ao tentar resolver determinado problema, não o faça de uma forma tipicamente moderna e que denominamos *técnico-médica*. Entenda-se esta como ato de abordar, ou resolver um problema de saúde de forma exclusivamente técnica e utilizando o que a medicina dispõe de mais avançado. Significa tratar da doença e esquecer suas determinações materiais históricas, mesmo que não "se esqueça do paciente" e lhe seja dado o melhor tratamento - *técnico-médico* - existente. Esta postura adquirida durante a formação universitária (graduação) que vai se enraizando durante a vida profissional sofrendo as determinações do sistema capitalista, não privilegia a característica *médico-ontológica*. Esta caracterizaria o ato médico como uma atividade socialmente definida que, desde a Idade Primitiva até a Modernidade, apresenta elementos que são próprios do ato de cuidar de quem sofre e que podem ser contextualizados, porém nunca negados. A negação disto seria a negação do significado radical, primitivo-tribal da medicina, isto é, de um corpo de conhecimentos elaborados a partir das necessidades sociais de saúde pelos próprios homens, com o intuito de proporcionar bem estar físico-psíquico duradouro, regular.

A abordagem de um problema que privilegia o caráter médico-ontológico (num enfoque materialista desta expressão) busca conhecer a gênese histórica da doença para estabelecer seus determinantes concretos identificando-os com o estilo ou modo de vida do paciente, por sua vez relacionado à sua inserção na cadeia produtiva. Com esta visão o médico se decide pela utilização do que já está tecnicamente e cientificamente comprovado, além de disponível, para o tratamento das doenças, discernindo o que é principal do que é exclusivo. Este trabalho médico de cunho elucidativo-preventivo, num longo prazo, pode fazer parte de um modelo de abordagem e tratamento das doenças muito mais complexo e multifatorial, onde os dados coletados sejam analisados cientificamente e de modo detalhado para servir às futuras propostas de assistência à saúde.

Neste contexto a pesquisa é imprescindível na formação e atuação profissional. Quando defendemos sua "obrigatoriedade" admitimos que seja necessária para

estabelecer e manter atualizado o contato entre a medicina e os elementos que se inserem nas relações entre os homens enquanto constroem concretamente o seu dia a dia. Este quadro dinâmico suscita, constantemente, novas ferramentas para diagnóstico, terapêutica e prevenção, mas que não podem ser retirados somente das indústrias ligadas ao complexo médico industrial.

Por exemplo, ainda não há como saber qual papel os alimentos transgênicos desempenharão, ou não, na gênese de doenças humanas. A impossibilidade de desvendamento desta possível relação, de alguma forma lembra-nos o ocorrido na Idade Média, onde ratos e piolhos “absolvidos” da gênese da peste bubônica.

É difícil não refletir sobre a ação médica nos moldes propostos pelos currículos atuais: será que ela pode interferir de modo racional e duradouro na evolução de algumas doenças admitindo que algumas doenças são causadas e outras agravadas pelo modo como as pessoas se alimentam, se vestem, onde moram, etc., enfim, como vivem, sempre dependente das condições materiais existentes e específicas para cada classe. É importante que o médico compreenda a doença também através de indicadores oficiais que mesmo não sendo indicadores de saúde permitem reconhecer a doença na desigualdade:

"(...) MELHORAM INDICADORES DE EDUCAÇÃO NO BRASIL - Um País desigual: posição no ranking -69º lugar - continua a mesma. Noruega e Austrália lideram a listagem. Índice de desenvolvimento humano (IDH) do país medido pela ONU subiu de 0,746 para 0,75 entre 98-99 (...)"¹²³.

Apesar da melhora nos indicadores de educação e na expectativa de vida (67,3 para 67,5 anos) entre 1998 e 1999, o desempenho brasileiro deixa a desejar, pois no ranking foram retirados países em que a posição era melhor que a brasileira. Melhor colocado que países africanos onde, segundo a pesquisa, dificilmente uma criança nascida hoje completaria uma década de vida, o Brasil tem uma expectativa de vida bastante inferior à média dos países desenvolvidos, que passa dos 70 anos. No Japão

¹²³ Jornal O Globo 10 de julho de 2001, caderno de Economia. Embora tenham os melhores índices, não só educacionais, não deixam de liderar a taxa de mortalidade pelo câncer de mama, mostrando que, de certa forma, mesmo a medicina mais avançada pouco pode fazer - exceto curativamente -, se não houver uma ação médica conjunta noutra perspectiva como, por exemplo, da educação alimentar. São países onde não parece haver privação, porém há patologias graves e algumas com elevada morbimortalidade.

uma pessoa nascida hoje pode viver 80,8 anos. Já em Serra Leoa, o menor IDH do planeta, a esperança de vida é de apenas 38,3 anos, ou seja, longe dos avanços da Modernidade e perto de uma realidade em que os padrões estatísticos nos remetem aos tempos medievais, como citado por HAGGARD (1941, p 196):

“(...)En la Edad Media, las epidemias que la ciencia no podía evitar eran la causa de que el promedio de vida fuera mucho más bajo que el de hoy día porque, si bien había personas que escapaban a las enfermedades, o se curaban de ellas, y vivían tantos años como la persona más anciana de hoy día, eran muchas más las que morían jóvenes, o a los pocos meses de haber nacido, o durante la infancia. El promedio de vida era entonces de ocho años, mientras que hoy es casi de sesenta [edição de 1941]; en los seis siglos que han pasado desde entonces, los progresos que han llevado a cabo en Medicina han añadido cincuenta años de vida al promedio de longevidad. En cuanto a esto, un hecho peculiar, acerca del modo de conducirse la raza humana, há sido cierto en todos los tiempos; cuando la vida es corta, difícil e incierta, se le da mucho menos valor y, en prueba de ello, en los últimos seiscentos años o, en la realidad, el los últimos cien, el hombre se há vuelto mucho más humanitario de lo que antes era. La vida humana tiene hoy día mucho más valor y se hacen muchos, muchísimos más esfuerzos para evitar los sufrimientos de nuestros semejantes, quizás también por que hoy día sabemos que, en grande parte, pueden evitarse(...)”

Se realmente a vida humana moderna tem mais valor que aquela vida medieval devemos então admitir que, de acordo com o IDH de Serra Leoa, ela não chegou para todos os homens, decorridos mais de 200 anos de industrialização. Os dados africanos podem até representar regiões no próprio Brasil¹²⁴ como constatamos na reportagem sobre a privação.

Mas há quem comemore estes índices – no caso, o Governo Brasileiro de Cardoso que durou oito anos -, atribuídos principalmente ao “Plano Real” que possibilitou a implementação de programas educacionais e de saúde, além da universalização desses serviços. Como meta do Ministério da Saúde foram feitas campanhas para inserir médicos em localidades brasileiras que nem sempre dispunham de infra-estrutura mínima para sobrevivência da população como, por exemplo, no Maranhão e Piauí, que são locais com os maiores números de indigentes e IDH baixos.

Hoje, talvez a tarefa mais importante para a medicina, até que as condições materiais da maior parte dos seres humanos atinja o mínimo preconizado cientificamente para uma vida saudável e com menor número de doenças seja definir, precisamente, dois

¹²⁴ Cf em *Anexos* além do IDH, o perfil social-econômico das cidades que foram incluídas no Programa de Saúde da Família.

campos de atuação: de intervenção e de planejamento. Em ambas situações o enfoque deve ser estratégico e multidisciplinar. Para poder enfrentar esse desafio, a formação médica tem que rever sua base filosófica. Por exemplo, diagnosticar casos de câncer e prescrever o tratamento (quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, psicologia, nutrição, etc.), é uma proposta curativa que tem seu mérito, mas, tem sua limitação e alcança determinado número de pessoas, no caso aquelas que já adoeceram e, recentemente, somente quem pode pagar para se tratar.

E parte do “restante” que não adoeceu, mas tem grande possibilidade, como mostram as projeções dos estudos correlacionando estilo/hábito de vida-doenças, estes ficam fora da ação médica. Esta ação, no campo político e onde estão incluídos entre outros aspectos os preventivos, o médico ainda não abraçou, efetivamente. A prevenção isolada para uma grande parte da população mundial tem um significado (metafórico) similar ao de “janela de aço em casa de sapé”. Como pode haver prevenção-proteção contra alguns males onde nem sempre há condições mínimas de vida devido a privação material? No caso da alimentação, quando errada e desbalanceada trata-se mais de uma questão de falta de opção e ignorância do que propriamente uma opção, exceto nas situações onde os indivíduos têm poder aquisitivo suficiente para adquirir o “básico”. E a pergunta que nos faz refletir sobre o currículo médico proposto, pelo menos para o mundo em desenvolvimento é a seguinte: o que fará o médico-aluno num meio onde a principal ação, em débito, é a do Estado no sentido Moderno, de sociedade racional e iluminista, que deveria levar infra-estrutura até os miseráveis, além de comida? Seria necessário despender tanto tempo e dinheiro para formar um profissional que nem domina pesquisa (basicamente 6 anos de graduação com ou sem no mínimo 2 anos de especialização) para trabalhar nestas condições?¹²⁵

Mesmo que alguém defenda a formação e a prática médicas nesses moldes, considerá-la como prioritária, exclusiva e transformadora é, no mínimo leviano e demonstra profundo desconhecimento sobre a relação saúde-condições materiais. Também não resolve o problema manter a medicina (ensino e prática) restrita aos

¹²⁵ CEBES. *Cuba - Saúde e revolução: antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro : Achiamé/Cebes, 1984, p. 166. No período de 1961-66 quando muitos médicos da América Latina e Inglaterra migraram para os EUA – “centro da medicina”, o custo para formar um médico em Cuba era de 50 mil dólares e na Inglaterra, 21 mil dólares.

hospitais, o que perpetuaria o modelo oneroso, de baixa resolução e prevenção, herdado dos EUA, e que perdurou durante o século XX. Além disso, é importante considerar a “invasão liberal” que tudo privatiza.

De certa forma parece que o deslocamento do eixo da educação médica para a assistência primária obedece à necessidade concreta de assistência médica em localidades onde as condições básicas de vida não foram alcançadas. Isto reforça a tese defendida por alguns¹²⁶ de que o “estágio” de Estado Nacional, com características de um Estado de bem estar social (Providência), não foi alcançado por vários países do Terceiro Mundo, em particular o Brasil. E de forma alienada e ideológica, no furor da implantação das políticas neoliberais, a medicina serviria como um elemento que substitui parte das obrigações do Estado no que se refere a "promover saúde". Será que a grande maioria dos profissionais da saúde reflete, por exemplo, sobre a diferença e respectivas implicações, em se tratar “parasitose intestinal” com vermífugo e com saneamento básico (tratamento de água, esgoto, etc)? Parece-nos que, sob um "efeito anestésico", um estado de torpor que já dura quase 100 anos, a área da saúde, e nela a medicina, se esqueceram que qualidade de vida e saúde são partes de um mesmo processo que não cabe numa área do conhecimento específica e exclusiva, independente do modo como se aborda o problema. E, no caso da medicina, isto vale tanto para ação terciária e /ou restrita aos laboratórios de pesquisa com elevada tecnologia, quanto para ação primária e/ou preventiva.

Esta ignorância sobre a importância das condições materiais, em particular a alimentação, na proteção contra as doenças; a crença excessiva no poder da assistência médica curativa e preventiva; as imposições neoliberais no cotidiano individual de cada atividade profissional para obtenção desde condições básicas para subsistência até a acumulação de bens e capital, são alguns elementos evidentes deste início do século XXI, que confirmam o fato das condições materiais a partir do poder aquisitivo, seja dos privilegiados ou dos desprivilegiados, determinarem um modelo de doença/morte ou saúde/vida/longevidade.

Se as mudanças materiais não antecedem as mudanças no conjunto de ações assistenciais médicas ao menos têm uma relação dialética com as mesmas, e não o

¹²⁶ SAMPAIO Jr (2001).

contrário como habitualmente temos visto mesmo em países desenvolvidos como demonstram ANGEL¹²⁷ E HUROWITZ¹²⁸. Este último, ao abordar a relação entre saúde e *status* sócio-econômico, critica o modelo médico atual que tende a “medicalizar” muitas doenças que são decorrentes da desigualdade material social. Segundo ele, valoriza-se mais a reforma do sistema de saúde tradicional do que uma reforma social e econômica, neste caso, mais importante.

Por conseguinte, encararíamos os efeitos da miséria como assuntos puramente médicos. O autor ainda estabelece uma diferença entre o “sistema de assistência à saúde” (*health care system*) e o “sistema de assistência médica” (*medical care system*), e afirma que para maioria não há distinção entre ambos.

Defender um modelo de formação médica implica ter um referencial histórico e filosófico que dá suporte ao processo educacional. Parece-nos, não se trata simplesmente de escolher um ou outro formato educacional. Há elementos que permeiam a orientação e decisão dos envolvidos e que nem sempre estão claros. Portanto se há um significado para a educação, em particular para a educação médica, ele deve ser definido. Afinal, qual é a finalidade última de se preparar tecnicamente um médico durante tanto tempo?

De acordo com a opção educacional, feita de forma esclarecida e consciente, há necessidade de escolher um instrumental teórico e prático adequado para dar curso a este processo de formação.

As críticas pontuais às propostas atuais de reformulação do currículo médico ficarão para outro capítulo, entretanto, cabe-nos neste capítulo de fundamentação filosófica antecipar a pergunta que estará diante de qualquer proposta de mudança curricular, qual seja, qual é o médico da “zona de intersecção” entre o médico desejado, o médico possível e o médico necessário? Este debate, que as instituições formais ligadas à educação médica não podem se negar a fazer sobre qual o “médico da zona de intersecção”, poderá fazer avançar uma outra discussão e um outro processo de esclarecimento sobre o posicionamento político destes educadores que são formadores

¹²⁷ANGELL, MD. M. *Privilege and Health - What is the connection?* The New England Journal of Medicine, 329:126-7, 1993.

¹²⁸HUROWITZ, J.C. *Toward a Social Policy for Health.* The New England Journal of Medicine, 329:130-3, 1993.

de recursos humanos. E, este posicionamento pode ser decisivo para que as propostas de mudanças orgânicas efetivas tenham sucesso.

De acordo com HUROWITZ (1993) o primeiro modelo (*health care system*) incluiria muitos aspectos não considerados pelo segundo (*medical care system*): condições de moradia (localização e adequado saneamento de água e esgoto); atividade profissional; a qualidade das relações humanas; o poder aquisitivo (salário/renda familiar) e a educação. O “sistema de assistência médica” estaria mais centrado no diagnóstico e tratamento das doenças após seu desenvolvimento. O equívoco de que ela é igual à assistência à saúde levaria à conclusão errônea de que a melhora da saúde obtém-se a partir das melhorias no sistema de assistência médica atual. Desta forma, a sociedade, em geral, e a medicina, em particular, errariam encorajando a “medicalização” da saúde, cujos desdobramentos seriam o próprio encarecimento e ineficiência da medicina, a obtenção de lucro por setores ligados à saúde (ex.: empresas de convênios, instituições de assistência, fabricantes de remédios, etc.), entre outras coisas. Não há discernimento da sociedade como um todo de que a saúde dos indivíduos também depende de fatores como moradia adequada, preservação do meio ambiente, trabalho, educação, lazer, etc., e que a assistência médica deveria restringir-se às doenças inevitáveis, agudas e crônicas, que não pudessem ser evitadas ou resolvidas através de outros meios. Se assim fosse, o sistema de assistência médica seria menor, mais barato e afinado com a promoção de saúde universal. No Reino Unido e noutros países europeus são fortes as evidências de que o elevado poder aquisitivo correlaciona-se com longevidade e saúde.

Nós entendemos que as propostas de renovação do currículo médico atual vão ao encontro das políticas governamentais, nacionais e internacionais, condicionadas pelos interesses neoliberais. Hoje, os Ministérios da Saúde e Educação querem médicos prioritariamente integrados à rede de assistência primária. Portanto, em concordância com HUROWITZ (1993), esta estratégia visa a melhoria da assistência à saúde, em particular nos países do Terceiro Mundo, o que é mais um equívoco histórico na organização do ensino e prática médicos. Quando o médico encontra-se alienado do seu papel (“materialista-ontológico”) no combate à doença-morte-sofrimento e do que isto representa politicamente na transformação social, tanto no contexto das metrópoles,

quanto como “médico de família” em lugares afastados, ele torna-se cúmplice desta desigualdade. Através da sua área de atuação o médico serve, ideologicamente, para tirar o foco da atenção das necessidades historicamente produzidas no âmbito de uma luta de classes. Tudo isto fica mais evidente nas sociedades “terceiro mundistas”, como a brasileira.

HUROWITZ (1993) ainda sugere existir uma relação “simbiótica” entre governos e dirigentes do sistema de assistência médica. Para os primeiros que abdicam das suas responsabilidades sociais, seria menos oneroso e menos complexo cuidar do sistema de saúde tradicional do que definir os problemas sociais, ou seja, é vantajoso cuidar das manifestações das doenças e ignorar as respectivas causas estruturais. Para os últimos, existiriam vantagens políticas e econômicas.

No caso da correlação "câncer-dieta", extraída do cotidiano, ainda faltam evidências científicas definitivas baseadas principalmente na pesquisa experimental, o que, talvez, deva-se ao fato de serem pesquisas na contra mão da “indústria da doença”, isto é, vão contra os interesses puramente econômicos na fabricação de drogas, equipamentos, etc, para combater inúmeras doenças, incluindo o câncer e a AIDS.

Recentemente assistimos a disputa de países, principalmente do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil, contra a exclusividade das indústrias farmacêuticas multinacionais na fabricação de drogas de combate à AIDS.

Infelizmente este debate, assim como vários outros com as mesmas implicações, todos relacionados à promoção de saúde neste período neoliberal, ficaram longe da comunidade médica em geral. Novamente a relação medicina e capitalismo não pôde ser “re-visitada” pelos futuros médicos do século XXI para seu detalhamento rigoroso. Outra vez o lucro da indústria capitalista ameaçou a possibilidade de levar a saúde e longevidade aos doentes com AIDS pelo mundo. A tarefa de encontrar as justificativas para este afastamento não pode ser ignorada pelos médicos que adiam mudanças materiais necessárias. Talvez, pela primeira vez, a condição histórica material respaldada pelos avanços científicos e tecnológicos do século XXI subsidie a racionalidade iluminista para que a base médico-ontológica possa ser recomposta e, desse modo, permita à medicina, no mínimo, começar a refletir sobre sua parcela de participação na construção histórica de uma sociedade desigual que privilegia uma

classe que detém os meios de produção da vida. A medicina pode produzir a vida e a escola é um dos locais onde a reflexão deve acontecer.

4) O Câncer, a Evolução Humana, o Materialismo Histórico e a Dialética Marxiana: Possibilidade de Reflexão Para Escolha de Referenciais que Intervenham na Formação Médica do Século XXI.

Por volta da década de 70 do século XX começaram a surgir com mais frequência estudos estabelecendo uma relação entre ingestão alimentar diária ou, dieta diária e câncer.

Embora esta seja uma relação velha, ela nem sempre tem seus mecanismos etiopatogênicos claros na ocasião de seu surgimento na sociedade humana, como mostra HAGGARD (1941, p194-6). Dessa forma, mesmo hoje, serve-nos como elemento para novas reflexões sobre a medicina, mas a partir de elementos do cotidiano dos homens dos séculos XX e XXI.

“(...) No hemos llegado todavía al punto en que podamos ocuparnos de las enfermedades siempre presentes, tales como resfriados, apendicitis, pulmonia, cáncer y otras por el estilo y tenemos que limitarnos a las epidemias de la Edad Media, de las cuales, la mayoría de la gente de hoy en día no há oído hablar jamás. Una de éstas se llamaba el fuego de San Antonio, nombre que también se daba a la erisipela, pero más comunmente a una enfermedad cruel que dejaba al paciente tullido y que generalmente era común entre la gente pobre. Si sucedía que durante el verano llovía copiosamente, hacía un calor húmedo y cielo estaba constantemente nublado y la cosecha, en particular la de centeno, del que se hacía el pan negro, era escasa y en la semillas se veían unas manchitas pequeñas como de moho, más tarde, en el otoño, quizás a las puertas de la ciudad no faltaba la aparición de algún desgraciado que, con piernas y brazos ennegrecidos y encogidos, tratara lastimosamente de arrastarse hasta monasterio. La gente al verlo huía aterrorizada y solamente se le acercaban, para llevarlo a su monasterio, los frailes de San Antonio, que habían dedicado su vida al cuidado de las infortunadas víctimas de esta enfermedad. Aquel día la ciudad se sumía en el silencio, hombres y mujeres permanecían dentro de sus casas, los niños no jugaban por la calles y en voz baja se susurraba que el fuego de San Antonio andaba suelto por la Tierra. Rápidamente, en una casa y luego en outra y en outra, un niño, un hombre, una mujer aparecían con la enfermedad... Los atacados sentían primero que las piernas y los brazos se les enfriaban gradualmente y luego les daban unos dolores espantosos en tales extremidades, que finalmente volvíanse completamente negras. Unos morían y otros se curaban, pero de éstos la mayoría había perdido un brazo o una pierna, que

habíase secado hasta desprenderse. Algunos casos... sin piernas y brazos y com sólo el tronco mutilado... Pero, Cómo podían luchar contra ella? Unos creían que era debida a la humedad, que envenenaba el aire, ya que la teoría de que las enfermedades eran causadas por malos olores y aires ... iba persistir hasta bien entrado siglo diecinueve... La enfermedad malaria debe su nombre a las palabras mal aria, o sea mal aire. Otros creían que las enfermedades epidémicas eran causadas por eclipses... temblores de tierra y, otros atribuían a la cólera de Dios ante los pecados de los hombres... habia quienes estaban convencidos de que los judíos habían envenenado los pozos ... Qué hacían para librarse del fuego de San Antonio? Rezar, llevar amuletos benditos... herbario; pero la enfermedad seguía arrasando vidas, lisiando y matando, a pesar de oraciones, amuletos y medicinas... Hemos dicho ya que el fuego de San Antonio há desaparecido, gracias a la ciencia... La causa de esta enfermedad estava ante los ojos de todos y consistía en un hecho que ya hemos mencionado; pero en realidad, hasta 1597, no se empezó a adivinar la verdadera causa, o hasta 1630, en que estuvieron seguros de ello, y pasaron todavia dos siglos más antes de que se sacara provecho de tal descubrimiento y entonces la enfermedad desapareció por completo. La causa era simplemente que el centeno, que debido a la humedad se cubría de aquellas manchitas mohosas, era venenoso. Tales manchas no eran sino unos hongos minúsculos de una especie llamadda cornezuelo de centeno que, como la mayoría de los hongos venenosos, son mortales; o sea que ingeridos en cantidades lo bastante grandes, contraen los vasos sanguíneos, durante un período de tiempo, hasta que es tan poca la sangre que afluye a las piernas y los brazos que finalmente se secan y mueren. Todo lo que se necesitaba saber para evitar esta enfermedad era que no había que comer centeno enfermo(...)" .

Hoje, talvez pela primeira vez na história da medicina, haja possibilidade concreta de se estabelecer, através de estudos epidemiológicos e mesmo os experimentais, uma correlação mais evidente entre alimentação e o câncer. Isto não quer dizer que conheçamos seus mecanismos fisiopatológicos detalhadamente. Acredita-se que a gênese da maioria das doenças decorra da interação hospedeiro-meio ambiente e ninguém nega que os mecanismos genéticos-hereditários foram durante muitas décadas os privilegiados pela pesquisa. Enquanto o Projeto GENOMA caminha buscando mapear os cromossomos/genes das doenças, pesquisas noutro campo científico - não tão viáveis economicamente! - caminham no sentido de buscar na realidade cotidiana dos homens os fatores determinantes, às vezes das mesmas doenças. E este último corpo de conhecimentos cientificamente embasados que cresce a cada dia, tem influenciado gradativamente o comportamento dos homens, mas daqueles que, economicamente, podem atender às mudanças preconizadas. Provavelmente a maioria deles adote as orientações dietéticas ao invés de esperar o fim do Projeto GENOMA que trará, quem sabe, soluções para inúmeras doenças mas que não será inicialmente acessível aos

desprivilegiados, exceto se fizerem parte de pesquisas, às vezes como “cobaias”, fato já ocorrido outras vezes¹²⁹.

Em 1970 Burkitt mostrava dados epidemiológicos que indicavam que a dieta rica em fibras¹³⁰ tinha um papel protetor contra o câncer de intestino grosso. Este e outros estudos epidemiológicos encontraram menores taxas de câncer coloretal nos países

¹²⁹ LANDMANN, J. *A ética médica sem máscara*. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara dois, 1985.

¹³⁰ DEVITA Jr et al 1993, p 453.

Vejam a tabela abaixo

	Fibras solúveis	Fibras insolúveis
Componentes naturais das fibras	Goma, mucilagem, pectina, hemicelulose	Celulose, ligninas, hemiceluloses
Benefícios	Podem auxiliar na redução do colesterol sanguíneo e controlar níveis de açúcar no sangue	Ajudam a prevenir o câncer do cólon e a constipação
Fontes	Aveia, feijão, cevada, vegetais e frutas	Alimentos a base de trigo, grãos (feijão, vagem, soja), cereais, vegetais e frutas com casca

Tabela 20-2 Benefícios e exemplos de boas fontes de fibras solúveis e insolúveis.

Refeição	Quantidade de alimento	Fibras (gramas)
Café da manhã	40% grãos de milho	5,1
	leite	
	torrada	2,1
	margarina	
Almoço	laranja	3,1
	Feijão	3,9
	Sanduíche com peru +	
	Alface +	0,2
	maionese +	
Jantar	pão	4,2
	maçã c/ casca	2,8
	Peito de frango	
	Batata com casca	3,9
Lanche	Margarina	
	Brocoli cozido	2,6
	Salada	0,2
Lanche	Leite	
	Bolacha água/sal	0,8
	Total	29,3

Tabela 20-2. Amostra de cardápio para 1 dia (1800 calorias/dia) onde se encontra a dieta recomendada de fibras. De acordo com nossa perspectiva de análise acreditamos que o poder aquisitivo para que os homens possam ter diariamente uma dieta balanceada é tão importante quanto a própria dieta. O cardápio proposto não pode ser atendido com apenas R\$ 80/mês como propõe a ONU-OMS. Portanto, a rigor, é provável que nos países em desenvolvimento, os excluídos, se não morrerem de fome, poderão morrer de câncer. Algumas exceções a esta “regra” podem ser: morte em tiroteios de traficantes (“bala perdida”), assaltos, brigas de gangues e grupos (religiosos, etnias, etc.), maus tratos infantis, etc. Enfim, todas possibilidades de morrer em decorrência da guerra urbana, habitualmente encontrada em vários pontos do mundo neste século XXI.

Africanos e Asiáticos, onde são consumidas dietas riquíssimas em fibras, enquanto as altas taxas de câncer colorretal estão nas sociedades ocidentais, onde dietas refinadas em carboidratos têm, habitualmente, substituído a dieta rica em alimentos com fibras:

“(...) For Example, the Chinese diet contains three times more fiber than the typical American diet, and the colon cancer incidence rate in China is approximately two thirds lower than that of United States. The Chinese also consume about 33% less protein, 50% as much fat, and 30% more calories based on reference body weights than do Americans, indicating that these factor may influence colon cancer risk (...)”¹³¹.

A evidência dessa correlação - tipo e quantidade de alguns alimentos que ingeridos diariamente protegeriam contra o câncer, por exemplo, de mama e colorretal¹³²- permitiria que adequando-se a dieta -rica em fibras, grãos (cereais), vegetais e frutas, poder-se-ia reduzir a incidência anual de câncer da mama e colorretal, naquela ocasião estimada em 1 milhão de novos casos no mundo e 337.000 novos casos nos EUA¹³³. A análise destas cifras suscitará disposição para tratar desse problema como sendo de saúde pública pois qualquer redução nesses números tem enormes implicações socio-econômicas. Há até diferenças regionais na incidência de câncer colorretal, nos EUA: membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, cuja dieta é a base de leite, ovos e vegetais, têm uma taxa de câncer colorretal menor do que a população geral.

“(...)One study of 818 breast cancer patients demonstrated that dietary intakes high in animal protein and animal fat and low fiber were associated with elevated risk for breast cancer; this association was strongest for women younger than 50 years of age but was weakened when non dietary factors were considered(...)”¹³⁴.

Considerar aspectos geográficos no aparecimento do câncer pode ser muito útil, desde que a análise não seja um recorte de dados e a geografia de determinado país ou continente não signifique somente costumes ou herança cultural, mas, também represente o grau de desenvolvimento do modo de produção da vida e a inserção dos homens na cadeia produtiva naquela localidade e as respectivas condições materiais atingidas até aquele momento. Alguns estudos mostram que indivíduos vivendo em

¹³¹ PUBLIC HEALTH SERVICE, OFFICE OF THE SURGEON GENERAL. *The Surgeon General's report on nutrition and health*. PHS Publication 88-50 210, Washington, DC: US Government, Printing Office, 1988, citado por Devita Jr. et al (1993, p454).

¹³² DEVITA Jr.et al. (1993, p 454).

¹³³ Dados referentes às estatísticas então projetadas para o ano de 1992.

¹³⁴ Ibidem p.454

países com baixas taxas de câncer colorretal – havaianos, filipinos, japoneses, noruegueses - ao mudarem-se para outros países onde as taxas são altas - EUA, Austrália -, podem desenvolver câncer precocemente se incorporados os novos hábitos alimentares e esquecidos os originais. Inversamente esta relação também pode ocorrer.

Estudos experimentais e populacionais indicam que fatores como o ambiente e o estilo de vida determinam uma maior incidência de câncer. Há evidências dessa relação, radical, entre saúde/vida/longevidade ou, doença/morte e condições materiais, sendo a medicina apenas uma janela interpretativa dessa relação, mas podendo valorizar e ideologizar a “versão” que, no caso da sociedade capitalista, mais interessa ao capital. A elaboração do “Cardápio da vida: Alimentos ricos em fibras e vitaminas, como frutas, verduras e grãos, diminuem riscos de câncer”, deu-se no 17º Congresso Internacional de Câncer realizado em agosto de 1998 no Rio de Janeiro, que contou com a presença de epidemiologistas como o inglês RICHARD DOLL, que na década de 50 estabeleceu a relação entre tabagismo e câncer de pulmão, e MOYSES SZKLO, professor da Universidade americana JOHNS HOPKINS, que estabeleceu uma relação entre a queda do número de casos de câncer gástrico e o aumento do número de geladeiras, no Japão, a partir da década de 50. Ainda que a matéria jornalística¹³⁵ na atualidade deva ser analisada com cautela, ela apresenta um resumo do consenso entre Centros de pesquisa do câncer, nacionais e internacionais, que estabelece: “35% dos casos de câncer devem-se a dietas incorretas, baseadas em alimentação gordurosa, pobre em fibras vegetais e vitaminas”.

Há certa unanimidade no meio acadêmico de que dietas balanceadas, baseado nas diretrizes do Serviço de Informação sobre Nutrição do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, podem reduzir a incidência do câncer, em particular do trato gastrointestinal, mama e próstata que seriam atribuídos à ingestão excessiva de carne vermelha, frituras, alimentos enlatados e embutidos, entre outras coisas. Sugere-se até que se coma menos nos “*fast-food*”, que também são prova cabal recente de mudanças nas relações humanas determinadas pelo desenvolvimento capitalista (industrialização e urbanização). Uma alimentação equilibrada seria importante não só para prevenção, mas, também, como adjuvante no tratamento do câncer, segundo os cientistas.

¹³⁵ VEJA, Revista, setembro de 1998

Há que se trabalhar, atualmente, contra alguns fatores que podem levar à má alimentação, além da falta de poder aquisitivo, que é o fator decisivo. Ao mesmo tempo em que camadas da população com menor poder de compra passaram a ter acesso a algumas classes de alimentos industrializados, ricos em carboidratos, ela teve o poder aquisitivo reduzido quanto a possibilidade de adquirir alimentos imprescindíveis à manutenção da longevidade sadia e que devem ser adequadamente armazenados, o que os encarece já na origem¹³⁶. A propaganda divulga alimentos industrializados inúteis e de baixo custo.

A explosão de “*fast-foods*” atende às necessidades de quem não pode perder tempo com a refeição. Um dos primeiros efeitos dessa conjunção de fatores, a epidemia mundial de obesidade, talvez também esteja ligada ao acesso de largas camadas da população aos alimentos ricos em carboidratos e gorduras, que são altamente calóricos e têm grande poder de saciedade, porém, quando exclusivos e/ou predominantes na dieta, não nutrem. Tais alimentos só fazem com que “morrer de fome”, hoje, seja mais difícil que décadas atrás. Mas, “morre-se de uma fome” que decorre da má qualidade alimentar. Há propagandas de alimentos tão chamativas, apelativas e ilusórias quanto as de cigarro, voltadas principalmente para um público que é alvo: crianças, adolescentes, adultos jovens, semi-analfabetos. Não há propaganda sobre a necessidade de ingestão diária de frutas, legumes, verduras grãos, etc.¹³⁷

¹³⁶ Em relação ao padrão de alimentação, o que seria preferível: uma mesa rica em frutas, legumes e verduras, com ou sem agrotóxicos? Com alimentos transgênicos ou não? Com carnes de animais criados com antibióticos e hormônios ou não? Com ou sem refrigerantes? Esta decisão do que comer pode depender da posição que cada um ocupa na cadeia produtiva. Próximo ao término de seu mandato presidencial (Brasil), Cardoso afirmou que são raros os casos de fome, ou privação alimentar, com subnutrição. Entretanto, se formos rigorosos, esta pode ser uma falsa idéia: basta considerar outras variáveis, além do peso, como indicadores nutricionais. Afinal, por mais ruins que sejam, os alimentos atualmente disponíveis permitem o sobre peso e não a caquexia.

¹³⁷ Por exemplo, compramos biscoitos, bolachas recheadas com alto teor de gordura, sanduíches, refrigerantes, balas, guloseimas em geral, “salgadinhos com sabor artificial”, etc., todos alimentos com alto poder calórico por um preço muito mais baixo que há três décadas. Entretanto com o mesmo dinheiro não seremos capazes de montar uma cesta com alguns alimentos indispensáveis à manutenção de uma boa saúde, mas com poder calórico muito inferior (frutas, legumes, verduras, etc.). Além disso, dependendo do grau de conscientização, a opção alimentar se baseia não naquilo que é indispensável, mas, no que sacia a fome e/ou é mais saboroso. Não podemos nos esquecer que uma dieta balanceada, em particular aquelas ricas em fibras só podem ser compradas por quem tem um determinado poder aquisitivo. Não é à toa que diz o dito popular: “*todo filho de pobre nasce com um pacote de bolacha nas mãos*”.

Diante disto fica difícil romper o ciclo poder aquisitivo – doença, ou saúde. Volta à baila a discussão acerca das relações capitalistas entre os homens, das condições materiais, das doenças, etc. Como poderia alguém vivendo com R\$ 80 /mês proteger-se do câncer ou mesmo de outras doenças? Uma contradição inesperada para sociedade capitalista que ainda não pôde percebê-la a fundo tão forte é a ideologia que defende e divulga a assistência médica e a medicina curativa-preventiva. Se pudermos identificar esses fatores, muitos tipos de câncer talvez sejam prevenidos.

Nas décadas de 50 e 60 do século XX, a pesquisa para prevenção do câncer estava centrada na proteção contra a exposição a agentes cancerígenos e o diagnóstico de lesões pré cancerosas. Nas décadas de 70 e 80 do mesmo, há grande incentivo financeiro na pesquisa de fatores ambientais que influenciariam o surgimento do câncer. A razão aparente para isto é a crença de que ele liderará as causas de mortes nos países desenvolvidos, em particular nos EUA onde o investimento com pesquisa foi muito grande¹³⁸. Além disso, o custo com o diagnóstico e tratamento, tanto para o Estado quanto para os pacientes, também é muito grande. Os norte-americanos, entre outras nações mais desenvolvidas, já desenvolveram condições materiais suficientes para crer que o Câncer é um problema de saúde pública, devendo ser aceleradas as pesquisas para o progresso na prevenção e controle.

Há algumas décadas a preocupação em saúde pública estava mais centrada na ação curativa-preventiva de doenças infecto-contagiosas, ocupacionais, entre outras. Hoje, século XXI, há pelo menos mais duas novas preocupações: o câncer e as doenças cardiovasculares, particularmente ligadas à aterosclerose e obesidade. Não há, portanto, como negar que o ensino e a prática médica deverão mudar em função deste novo contexto social, político, econômico.

¹³⁸ BAZELL, R. *Behind the cancer campaign*. Ramparts, 1971 (10) p 29-34. Em 1949 alguns cientistas num congresso disseram: “*Dê-nos dinheiro e em 10 anos nós lhes daremos a penicilina do câncer*”. No início da década de 70 já era evidente o privilégio dado às pesquisas sobre o câncer e que envolviam tanto dinheiro quanto as pesquisas atômicas ou a ida do homem à Lua. Houve um envolvimento generalizado do povo americano, de políticos e cientistas renomados até o cidadão leigo – “câncer mania”. No final, o acesso aos avanços no combate ao câncer restringiam-se principalmente aqueles que podiam pagar: a redução na mortalidade dos brancos não era observada nos negros. Gastava-se com pesquisas e pesquisadores medíocres, enquanto o Chumbo empregado nas tintas usadas nos subúrbios contaminava em larga escala adultos e principalmente crianças causando-lhes danos no sistema nervoso, irreparáveis.

Naquela mesma ocasião, foram iniciados programas de pesquisas baseados na utilização de micronutrientes (vitaminas, minerais, etc.) e medicamentos com a finalidade de quimioprevenção. Ambos grupos de substâncias parecem retardar o início e a progressão destas doenças. Os estudos epidemiológicos (coorte, caso controle, internacional, migração, etc.), que procuram desvendar os mecanismos de proteção ou aparecimento do câncer nos homens são ainda limitados, mas, hoje, existem dados sugerindo que a quimioprevenção¹³⁹ é uma realidade próxima e de baixo custo.

As primeiras pesquisas com quimioprevenção foram estabelecidas em 1970 no NCI (National Institute of Cancer) e investigavam a especificidade dos retinóides no controle do crescimento e diferenciação celular. Após esse grande passo inicial, em 1982 as pesquisas com a quimioprevenção foram ampliadas com finalidades claras: 1) identificar e caracterizar novos agentes com eficácia observada epidemiologicamente e em estudos experimentais, com alta probabilidade de prevenir o câncer em humanos; 2) estabelecer a eficácia e toxicidade pré-clínica destes agentes; 3) conduzir estudos clínicos de prevenção com mínima toxicidade e máxima eficácia de agentes que bloqueassem tumorigênese humana.

Os estudos obedecem a um planejamento que, entre outras coisas, inclui a participação de Institutos de Saúde de vários países, trabalhando com grupos de risco para um mesmo tipo de câncer, recebendo a mesma terapêutica preventiva. Por exemplo: estudo de prevenção do câncer de pulmão através do uso de alfa tocoferol e beta caroteno em grandes fumantes com idade entre 50-69 anos, desenvolvido através da parceria entre o Instituto Nacional do Câncer (NCA-EUA) e o Instituto Nacional de Saúde Pública da Finlândia.

¹³⁹ DEVITA Jr et al (1993, p 458-461). Os agentes quimiopreventivos contra o câncer, ainda sob estudo, incluem vários antioxidantes, antiinflamatórios; inibidores da proliferação celular; agentes que agem contra as prostaglandinas, a ornitina descarboxilase (em grande quantidade nos tumores coloretais e importante no funcionamento e crescimento celular) e outras substâncias promotoras da tumorigênese. Estudos experimentais têm buscado produzir substâncias que possam bloquear aquelas que atuam na promoção da tumorigênese. Como exemplo, alguns estudos experimentais e mesmo evidências epidemiológicas, sugerem que o uso regular de aspirina e outros antiinflamatórios não hormonais oferecem proteção contra o câncer de intestino grosso e o reto. O mecanismo de ação exato é desconhecido. Acredita-se que a aspirina iniba a síntese de prostaglandinas que afetam a função imunológica e a proliferação de células neoplásicas e não neoplásicas.

Os estudos epidemiológicos randomizados têm ganhado importância nos últimos anos devido, entre outras coisas, a abordagem dos problemas de saúde numa perspectiva de saúde pública, ou seja, através deles chegamos a constatações extraídas do cotidiano ou, da interferência no mesmo, obtendo resultados que podem beneficiar muitos indivíduos. Estes estudos também atendem a necessidade de comprovação científica que alguns tratamentos, por exemplo, com drogas, ou o uso de equipamentos, necessitam para que possam ser usados em larga escala. E isto se faz ainda mais urgente diante dos avanços tecnológicos e seus desdobramentos ocorridos nas últimas décadas do século XX que propõem tratamentos distintos para as mesmas, porém nem sempre preocupados com o paciente.

Para nossa linha de raciocínio é muito ilustrativo um dos ensaios de intervenção na nutrição que o NCI-EUA (National Cancer Institute - EUA) desenvolveu em parceria com o Cancer Institute Of Chinese Academy Of Medical Sciences na tentativa de estabelecer se a combinação de beta-caroteno, retinol e muitos outros micronutrientes têm ação preventiva e interferente na alta incidência de câncer de esôfago observada num miserável vilarejo chinês (Linxian), com inúmeros desnutridos.

Como há suspeita de que a deficiência crônica de múltiplos nutrientes possa estar envolvida na tumorigênese esofágica, acredita-se que o uso de grandes doses de suplemento mineral e vitamínico modifiquem a alta taxa de mortalidade por câncer de esôfago nesta específica população chinesa, escolhida por apresentar o maior índice deste. Entendemos que a pergunta a ser respondida, na raiz, é: o câncer está relacionado com a desnutrição, isto é, com a não ingestão tanto de componentes básicos da dieta tanto quantitativa quanto qualitativamente? O futuro também aponta na direção da produção de conhecimentos a partir de estudos epidemiológicos, experimentais, internacionais, de genética, etc., que permitirão predizer o risco individual-coletivo de desenvolver o câncer e, assim, poder estabelecer estratégias terapêuticas complementares.

Para nosso estudo é importante ressaltarmos que, como parte das condições materiais básicas, historicamente produzidas, a alimentação balanceada e capaz de saciar a fome dos privilegiados mantendo-os vivos e saudáveis, também deve ser estendida aos desprivilegiados como primeiro passo “terapêutico” antes mesmo de qualquer

modalidade de tratamento médico, ou estar associada, mas, jamais ser substituída pela ação da medicina. São essas condições materiais de subsistência que, na sua interface com a doença ou a saúde, se mantêm unidas radicalmente aos conhecimentos médicos e àqueles em biologia, física, química, etc., desde há muito tempo, como uma das marcas registradas da Modernidade ou, da sociedade capitalista.

Trata-se, portanto, de uma relação portadora de grande potencial emancipador para o homem, porém, necessita de detalhamento e esclarecimento através de pesquisas que considerem a sua complexidade e historicidade. Nesta perspectiva, o atual enfoque dado à educação e pesquisa médicas, de perfil predominantemente "experimental (laboratorista) e industrial", perderia parte da sua demasiada importância e que está relacionada ao lucro da indústria e comércio de bens (equipamentos, drogas, serviços, etc.), as patentes e outros privilégios e interesses exclusivamente corporativos.

As implicações entre câncer e tipo de alimentação não “pararam nas fibras”. Em 1982 o centro nacional de pesquisas em dietas e câncer ligado ao NCI concluiu, através de outras evidências epidemiológicas bastante convincentes, a associação entre determinados tipos de câncer e dietas específicas - gordura, vegetais, frutas, verduras, grãos, etc. Por exemplo, há uma relação inversa entre incidência de câncer e a ingestão de alimentos com antioxidantes específicos como beta-carotenos, Selênio e vitaminas C e E. Estudos populacionais mostram relação consistente entre câncer de pulmão e a baixa ingestão de vegetais e frutas contendo vitamina A, carotenóides, e outros micronutrientes inibidores do câncer¹⁴⁰. Outros estudos – prospectivos e retrospectivos - estabelecem correlação entre a baixa ingestão de vegetais e frutas e vários tipos de câncer como faringe, boca, laringe, esôfago, estômago, cólon, reto, bexiga e colo uterino.

Numa revisão¹⁴¹ de 40 estudos epidemiológicos mundiais entre 1970 – 1986 foi verificado que em 32% dos estudos (80%) havia uma relação inversa entre câncer e quantidade de fibras na dieta. Um estudo com caso controle em Nova York, mostrou que

¹⁴⁰ DEVITA Jr et al. (1993, p 463-4). Há vasta bibliografia sobre este mesmo tema. Extraímos 2 exemplos bem elucidativos: Cf. ZIEGLER RG. *A review of epidemiologic evidence that carotenoids reduce risk of cancer.* J. Nutr 1989; 119:116-122 e ZIEGLER RG. *Vegetables, fruits and carotenoids, and the risk of cancer.* Am J. Clin Nutr 1991; 53: 251s -259s

¹⁴¹ GREENWALD P. LANZA E, EDDY GA. *Dietary fiber in the reduction of colon cancer risk.* J Am Diet Assoc 1987; 87:1178-1188 citado por DE VITA Jr et al,(1993).

as pessoas com câncer coloretal primário beneficiaram-se da ingestão aumentada de fibras na dieta (grãos, vegetais, frutas). Nos estudos experimentais com animais, os benefícios da dieta rica em fibras na prevenção e mesmo como suporte terapêutico, evitaram a recidiva do tumor¹⁴².

Num estudo comparativo das lesões polipóides intestinais que invariavelmente evoluem para o câncer coloretal em pacientes portadores de polipose familiar, notou-se que aqueles que receberam dietas balanceadas, ricas em fibras tiveram melhores respostas quanto a diminuição do tamanho e número dos pólipos do que os que receberam complemento vitamínico (C e E).

Não podemos afastar o papel genético-hereditário (MAFFEI, 1978) na determinação de alguns tipos de câncer, em particular daqueles sabidamente com relação familiar como no caso da polipose familiar. Entretanto ocorre que com ou sem antecedentes hereditários, pacientes com câncer coloretal beneficiam-se de dietas ricas em fibras no que se refere a possibilidade de reaparecimento do tumor.

"(...) The number and size of the polyps decreased in patients consuming 22,5g/day of wheat bran fiber... No protective effect was observed for vitamin supplements... As a result of the consistently strong evidence suggesting the role of diet in large bowel cancer, the NCI (National Cancer Institute [EUA]) is implementing the Polyp Prevention Trial, a multiinstitutional randomized control study(...)" (DEVITA, 1993, p.453).

É oportuno lembrar que o modelo de ensino e pesquisa médica atual ainda foi muito influenciado pela idéia de que a carga genética herdada por um indivíduo é que é a principal responsável pela gênese de várias doenças. Nas palavras do autor (MAFFEI, 1978, p.46):

"(...) o genótipo, porém, não sofre a influência do meio; em outras palavras, não podemos extrair do genótipo os fatores maus e introduzir-lhes os bons nem vice-versa. Assim, colocando-se na mesma incubadeira ovos de galinha de várias raças diferentes, os pintos originados correspondem a cada uma dessas raças, apesar de serem as mesmas condições do meio(...)".

¹⁴² REDDY BS, COHEN LA, eds. *Diet, nutrition and cancer: A critical evaluation*. Vol 1 Boca Raton, FL: CRC Press, 1986: 47-65. In : REDDY BS, *Diet and colon cancer: Evidence from human and animal model studies*. e REDDY, BS. *Dietary fiber and colon cancer: Animal model studies*. Prev Med 1987; 16: 559-565, citados por DE VITA Jr et al. (1993).

Percebemos aqui que há certo grau de "exatidão matemática" nestas afirmações, mas que, na realidade, nem sempre podem ser verificadas. Como explicar as possibilidades de modificação genética feitas em plantas que deram origem aos alimentos transgênicos? Como explicar a dinâmica dos oncogenes-protooncogenes e, especialmente, como podem se comportar na relação alimentação X câncer?

Talvez duas situações distintas: indivíduos brancos ou negros poderiam desenvolver câncer de acordo com seus antecedentes hereditários, ou poderiam também adquiri-lo em função do modo como viveram. Hoje, a situação mais provável é aquela em que o ambiente determina mudanças genéticas e não o inverso. De acordo com estudos epidemiológicos acredita-se que mesmo que alguém não tenha antecedentes hereditários para doenças como câncer, ou cardiovasculares, se mantiver hábitos nocivos - fumo, má alimentação, falta de atividade física, etc.-, corre o risco de desenvolver doenças que seus ancestrais não tinham. O que não se sustenta mais como exclusiva é a teoria da herança genética para as neoplasias.

Mas, continua MAFFEI (1978, p.48),

"(...) Os estudos da hereditariedade nas diversas espécies animais e vegetais têm demonstrado que os caracteres hereditários são estáveis e definidos, não podendo ser modificados pelo ambiente; nos diversos cruzamentos misturam-se, conservando, porém, sempre a sua individualidade. Por isso todas as experiências postas em práticas, como instrução, esportes,..., no sentido de melhorar a raça, são úteis para a educação do indivíduo, mas os seus descendentes não nascerão iguais ou superiores a ele por causa disso; de fato, cada indivíduo tem a mesma dificuldade em aprender a ler e escrever que tiveram seus pais, mesmo que estes sejam homens cultos; o mesmo acontecerá se os pais forem analfabetos. Entretanto, é preciso salientar que sem um meio adequado os fatores hereditários não poderão desenvolver-se; de fato, o ambiente em que o indivíduo vive influi sobre o fenótipo e esta influência constitui a peristásia (em grego significa ambiente); a peristásia é, portanto o conjunto das influências sobre o fenótipo que não provêm dos gens... A relação entre hereditariedade e o ambiente recebeu o nome de genética (1906)... Desse modo, qualquer caracter morfológico ou funcional de um indivíduo, resulta dos gens herdados em interação com o ambiente. Por exemplo, a estatura do indivíduo depende dos fatores herdados, influenciados pela nutrição e atividade externa(...)".

Mas o autor conclui seu raciocínio acerca da hereditariedade, meio ambiente, etc, com um exemplo que demonstra o pensamento que predominou durante o século XX, que pôde começar a ser mais questionado, ao que tudo indica, no fim do mesmo, com os

estudos que foram iniciados na década de 50 e hoje são apresentados através de pesquisas como Projeto GENOMA, alimentos transgênicos, etc.

Segundo este mesmo autor (1978, p.49),

"(...) a observação dos fatos da vida quotidiana nos dá a prova destas afirmações [filhos de aristocratas podem manifestar-se baixos, ou aristocratas e filhos de plebeus podem manifestar-se como verdadeiros aristocratas, ou não!], pois, em todos os povos e em todas as classes sociais e profissionais há indivíduos bons, medíocres e péssimos; se a educação, instrução e o meio tivessem influência decisiva não se verificariam essas discrepâncias. É devido aos caprichos da hereditariedade que as chamadas classes elevadas e nobres foram pouco a pouco se desnivelando, perdendo o prestígio que gozaram em outros tempos. Finalmente, tudo que se acabou de dizer em relação às qualidades pessoais do novo ser vale também para as manifestações patológicas, pois, conforme já dissemos, estas não constituem mecanismos novos, mas a modificação dos mecanismos fisiológicos ... De modo geral podemos afirmar que qualquer doença indiscutivelmente hereditária não terá ocasião de se manifestar se o indivíduo com o genótipo patológico correspondente viver em condições ambientais que se opõem às suas manifestações; reciprocamente, moléstias tipicamente de natureza ambiental não poderão ser adquiridas se o genótipo do indivíduo se opõe à agressão do agente externo(...)"

Hoje tal afirmação não goza mais de prestígio científico absoluto, mas teve sua importância no curso das pesquisas para que chegássemos até aqui. Ainda, segundo a definição do autor,

"(...) moléstia é o complexo das alterações de caráter evolutivo, que se manifestam no organismo submetido à ação de causas estranhas contra as quais ele reage e esta reação depende da homeostásia, que é uma propriedade hereditária do ser vivo(...)"

Ora, como explicar a alta incidência de câncer de mama em japonesas que imigram para países como EUA? Como, tabagistas de longa data, têm chances de não adoecerem quando deixam de fumar e essa mesma chance cresce de acordo com a precocidade do ato? Como explicar a influência de substâncias na anticarcinogênese, mesmo em locais onde o câncer tem alta incidência? Como explicar a relação desnutrição-privação ou, má alimentação e câncer? O autor afirma que,

"(...) os médicos relacionam a moléstia exclusivamente a esse fator [ambiental] , sem levar em conta a hereditariedade, o que é um erro grave, pois se a moléstia dependesse só do agente externo ela se manifestaria em todos os indivíduos atingidos por esse agente, o que geralmente não acontece; além disso teria sempre o mesmo aspecto, a mesma evolução e teríamos os mesmos efeitos terapêuticos, o que nem tão pouco se verifica(...)".(MAFFEI 1978, p.49)

Para nós, de acordo com os estudos populacionais epidemiológicos e de geopatologia, as diferenças de incidência de algumas doenças não se deve exclusivamente à hereditariedade, mas às diferenças reais das condições materiais de sobrevivência que existem numa mesma situação geográfica. Talvez o autor não possa ter presenciado os estudos que “desenham o perfil” de indivíduos que terão grandes chances de adoecer, por exemplo, de câncer ou doença cardiovascular, se não mudarem seus hábitos de vida, mesmo sem antecedentes hereditários. Se assim não fosse, as japonesas que migrassem para os EUA dificilmente teriam câncer de mama, ou teriam em menor número, mesmo mudando hábitos alimentares, e não é isto que ocorre. Hoje os autores apontam o modo de vida, que está ligado ao meio ambiente, e que, para nós, representa ao menos parte das condições materiais, como forte determinante do adoecimento, a tal ponto que, retirada as causas de agressão pode-se reduzir as possibilidades de adoecimento. Esta relação de dependência entre a medicina e as condições materiais de produção e reprodução da vida tem sido preservada desde a Idade Primitiva de forma nuclear, sendo modificada decisivamente em função dos meios de produção, que alteram as relações entre os homens. Este é o ponto central que, parece-nos, poderia orientar uma nova estruturação da medicina: no ensino e na prática.

Na atualidade, nota-se pouco que tais estudos sobre a relação câncer-alimentação só tem sido possíveis devido às mudanças sócio-econômicas capitalistas ocorridas no mundo a partir dos avanços tecnológicos que, por sua vez, permitiram modificações no padrão alimentar de milhões de pessoas, criando tanto bons quanto maus hábitos alimentares, e outros tantos avanços tecnológicos que permitiram a própria realização das pesquisas, tentando estabelecer tais relações na gênese das doenças que outrora não passavam de fortes desconfiças pela constatação do real.

No Japão, mesmo com poucos estudos, a taxa de incidência de câncer de intestino grosso e mama é menor e é atribuída a grande ingestão de soja e derivados¹⁴³. Grãos de soja contém várias classes de importantes anticarcinogênicos tais como inibidores da protease, fitosteróis e isoflavinas.

¹⁴³ Pesquisa brasileira em andamento sobre o comprimido de soja que teria utilidade em prevenir as alterações no organismo feminino relacionadas ao envelhecimento (menopausa). ESALQ – Piracicaba - 2001.

Segundo vários estudos –coorte, caso-controle e de correlação internacional -, um elemento (cálcio) comum na dieta e imprescindível para a sobrevivência do homem também pode estar ligado ao papel protetor contra cânceres como o de cólon: ele diminuiria o excesso de proliferação e diferenciação de células epiteliais. As mais fortes evidências do papel anticancerígeno do cálcio, quando suplementado na dieta, podem ser observadas nos estudos experimentais e nos pequenos estudos com seres humanos com risco de câncer colorretal: são pacientes com polipose familiar. Nesta doença congênita, a herança do câncer é praticamente certa: 100% dos pacientes podem desenvolver câncer do intestino grosso ao longo da vida.

A fundamentação filosófica por nós defendida pode dar embasamento tanto ao desenvolvimento do processo educacional, quanto da própria medicina. Quando abordamos a evolução de uma doença a partir destes referenciais, ou seja, quando o câncer pôde, nesta tese, ser focado na perspectiva das transformações das condições materiais de subsistência e dos avanços da ciência (pesquisas médicas), isto ficou demonstrado. Desta forma, a possibilidade de vincular o materialismo histórico e a dialética aos estudos epidemiológicos pode dar um valor inquestionável a estas pesquisas que trabalham com constatações do real/cotidiano dos homens sem interferir, inicialmente, no modo como estão vivendo. O valor e cientificidade destas pesquisas não podem ser analisados sob a óptica da ciência médica moderna que predominou no século XX, “nascida e criada” predominantemente dentro de laboratórios onde, ainda hoje, continua-se tentando mimetizar o meio ambiente e seus efeitos.

A maioria dos agentes anticancerígenos específicos, assim como seus mecanismos de ação, são desconhecidos. Além das especificidades de cada um, a múltipla composição de micronutrientes da dieta de acordo com áreas geográficas distintas do planeta também é um fator implicado. Determinado tipo de câncer pode estar relacionado tanto ao excesso de nutrientes num local do planeta quanto à falta de outro nutriente noutra região. O desenvolvimento e aprimoramento de estudos epidemiológicos que estabeleçam evidências de alguns agentes de proteção ou de anticarcinogênese é crucial e pode permitir um desenho mais detalhado de zonas endêmicas no mundo onde as doenças, em particular o câncer, podem ser caracterizadas

como um problema de saúde pública suscitando uma intervenção preventiva agressiva e não curativa como habitualmente vemos.

Uma característica fundamental destes estudos é sua necessidade de realização durante longos períodos, isto é, dez ou mais anos. Explica-se pelo fato de serem análises científicas da relação entre o homem e algum fator que, até o término das pesquisas, nem sempre podem ser implicados como patológicos por estarem ligados aos hábitos humanos, adquiridos em sociedade, sendo alguns até heranças culturais.

É interessante lembrar que vem de estudos observacionais a constatação de que há influência da dieta – quantitativa, mas principalmente, qualitativamente – na incidência do câncer. Embora em relação ao retinol ainda não existam fortes e convincentes comprovações da proteção contra o câncer e haja necessidade de novos e ampliados estudos, todos devemos manter na nossa dieta, ovos, cereais e outros alimentos. Em relação aos beta-carotenos¹⁴⁴, que não necessariamente são convertidos em retinol, acredita-se que possuam maior capacidade de proteção contra o câncer, em particular o de pulmão.

Embora nem todos os estudos epidemiológicos mostrem benefícios diretos da ingestão de vegetais ricos em beta-caroteno para proteção do câncer de esôfago, estômago, colo-retal e próstata e ainda que necessitemos de provas mais exatas e convincentes sobre tais efeitos protetores, ao menos epidemiologicamente, pode-se admitir que há algum efeito anticâncer nestes alimentos e quando há dúvida, ela pode estar relacionada a outros fatores confundidores, como a ingestão associada de vegetais e frutas. A possibilidade de esclarecimento passa pelo desenvolvimento de estudos em larga escala, randomizados. É importante que as pesquisas observacionais sejam valorizadas no contexto da globalização, pois de certa forma eles filtram o excessivo número de informações produzidas tendo como referência o cotidiano dos povos e suas necessidades. E os estudos experimentais complementarizam os primeiros. E não só o câncer seria investigado nesta perspectiva, mas também as doenças infecciosas, doenças inflamatórias e degenerativas. Aliás, não está claro se tais grupos de doenças também se beneficiariam de quimiopreventivos e micronutrientes.

¹⁴⁴ Como demonstramos, as indústrias de agrobiotecnologia desenvolveram a tecnologia capaz, de através de técnicas transgênicas, produzir arroz enriquecido com esta substância: “arroz dourado”.

De qualquer forma, embora cientificamente tenha importância estabelecer a correlação exata de tais alimentos e sua ação anticancerígena no que se refere ao mecanismo de ação do ponto de vista nutricional, interessa-nos defender que até que se estabeleça claramente essa relação protetora, os povos devem ter condições de nutrir-se habitualmente com estes mesmos alimentos que sempre fizeram parte da mesa dos privilegiados, principalmente sabendo-se que substâncias retinóides e carotenóides encontradas nos alimentos podem contribuir para prevenção da maioria dos cânceres de células epiteliais, responsáveis por mais de 90% de todas as mortes por câncer nos EUA.

Noutras palavras, é preciso alimentar os povos corretamente (qualitativa-quantitativamente) mesmo sem compreender cientificamente os efeitos protetores da alimentação. Diferente da preocupação que predominou no século XX de combater a desnutrição infantil, trata-se hoje de combater a "desnutrição seletiva", qual seja, aquela que aparece, sutilmente, devido a uma dieta desbalanceada e não de forma tão chocante quanto aquela provocada pela privação alimentar grave. Em tese, defendemos que a medicina reconheça e assuma sua tarefa mais complexa que aquela de décadas atrás e passe a implicar as condições materiais de subsistência na gênese de várias doenças, tanto como determinante principal quanto como fator coadjuvante. Afinal, que mal faria ingerir em abundância cenouras, mamões,...? Sabe-se que mesmo em grandes quantidades o beta-caroteno acumula-se nos tecido gorduroso e não têm um efeito tóxico.

Entre os nutrientes postulados como inibidores do câncer humano, a vitamina A, seus análogos e precursores, foram estudados extensivamente em pesquisas básicas, e numerosos estudos epidemiológicos de câncer no homem. Do ponto de vista nutricional a vitamina A pode estar na forma de retinol em alguns alimentos – fígado, gema de ovo e outros produtos animais, cereais, etc. -, ou carotenóides – vegetais alaranjados ou verde escuro e frutas. Ambos comportam-se de forma diferente no organismo, e podem atuar através de mecanismos distintos na função de anticâncer.

Estas relações só puderam ser estabelecidas a partir da reflexão sobre a trajetória do homem moderno e o significado da saúde e da doença. Em alguns momentos da evolução da medicina houve um desenvolvimento do pensamento médico, entretanto,

sem o mesmo gozar de plena confiança e mesmo comprovação científica às vezes até colocando a vida do descobridor em risco. Esta observação é importante, pois embora já fosse conhecida a relação entre a gênese das doenças e as condições materiais para subsistência, ela nunca foi valorizada unanimemente, tão pouco gozou de credibilidade científica, como o “modelo *flexneriano*”, para que fosse utilizada como base da educação e pesquisa médicas. E aqui estamos nós resgatando-a e ampliando-a com base nos estudos sobre a relação entre câncer e alimentação, situação inédita, mas que remonta à Idade Primitiva. Para muitos, ligados ou não à medicina, a possibilidade de, hoje, o homem poder prevenir os vários tipos de câncer através de medidas higiênico-dietéticas não passa de especulação-conjecturação dos estudos epidemiológicos-populacionais, pois não há uma confirmação experimental-laboratorial, definitiva e incontestável. Mas esses "críticos" talvez não compreendam que, por não ter havido desenvolvimento científico suficiente para permitir tais constatações, e isso não é raro na história da medicina, não devam ser tomadas medidas protetoras que beneficiem os próprios homens. Numa passagem conhecida em medicina, o médico Semmelweis através de uma constatação do cotidiano, adotou uma conduta que passou a proteger totalmente suas parturientes da infecção puerperal num período da medicina em que a noção exata de que microorganismos poderiam causar danos ao homem não tinha fundamentação científica. A comprovação final-detalhada com constatação científica de determinadas inferências estabelecidas a partir de observações do cotidiano nem sempre pode ser atingida pelo próprio pesquisador. Em se tratando de um benefício, a humanidade não precisa e não pode esperar. De acordo com OLIVEIRA (1981, p364-6), ocorreu o seguinte a Semmelweis:

“(...)os homens que semearam idéias novas transformaram-se, por vezes, em mártires do progresso científico. Haja visto Bruno, Galileu, Vesálio, Harvey e Jenner. O privilégio macabro de semelhantes injustiças não se limita à Idade das Trevas; em pleno século XIX, a Idade Áurea da Ciência, o homem que se rebelou contra a etiologia miasmática, cósmica e telúrica da febre puerperal [Ignaz Philipp Semmelweis – 1818-1865] amargou as penas da humilhação, do ridículo e do desprezo nas mãos dos mentores da medicina da época. Após dois anos de formado, conseguiu afinal uma posição no serviço de Obstetrícia de Klein...[em] Viena teve ensejo de realizar inúmeras autópsias de vítimas da infecção puerperal. A etiologia da infecção puerperal achava-se, naquele tempo, distinta em duas categorias:

I – Causas internas: (anomalias da lactação; leite materno (febre de leite); espécie de febre gástrica biliosa; inflamação local dos genitais externos; por contágio (espécie de erisipela ou escarlatina); alteração do sangue por miasmas; emocionais.)

II – Causas externas: (genus epidemicus; influências telúricas atmosféricas, etc; erros dietéticos, ventilação defeituosa, etc.)

A solução do problema desafiava os médicos ansiosos diante das devastações que alarmavam as pacientes para as quais o simples aceno da internação hospitalar trazia a sinistra sombra do sofrimento e da morte. Semmelweis enfrentou todas as sugestões apresentadas para explicar aquilo que para seu espírito arguto continuava como terrível mistério, pois nenhuma delas resistia a uma análise serena. Um fato, contudo, ali estava perante seus olhos e pela primeira vez recebeu a devida atenção : havia duas enfermarias obstétricas, uma destinada ao ensino médico, outra para a instrução das parteiras, e nelas as coisas se passavam de modo diverso, pois a mortalidade era três vezes maior na primeira. Partindo dessa observação básica, Semmelweis chegou às seguintes conclusões:

1º) A alta mortalidade da 1ª Clínica era devida a alguma influência que agia dentro dos limites da enfermaria;

2º) Muitas mulheres mortas por moléstias independentes de um parto apresentavam, na autópsia, lesões semelhantes. Tal como um óbito ocorrido após a operação de um tumor abdominal;

3º) Mesmo em homens, encontravam-se quadros idênticos como sucedeu com o Prof. Kolletchka, que morreu com o quadro semelhante ao da febre puerperal em consequência de um ferimento recebido no anfiteatro de anatomia;

4º) Os partos fora do hospital quase nunca são seguidos de infecção puerperal, não obstante as condições adversas.

Angustiado pelo enigma, Semmelweis viu brotar-se-lhe uma centena de esclarecimentos: não seriam os médicos e os estudantes, vindos diretamente das autópsias, os portadores do material pútrido para o canal vaginal das parturientes, ao examiná-las? Assim devia ser, pensou ele triunfante, e começou a obrigar todos os médicos e estudantes a lavar as mãos e desinfetá-las com um soluto de cloreto de cálcio, antes de entrar em contato com as parturientes, e oh! Milagre, a mortalidade da 1ª clínica caiu para 1,27%, abaixo da 2ª clínica onde era de 1,33%. Pela primeira vez verifica-se tão espantoso fato, e de março a agosto de 1848, na vigência das medidas de desinfecção, não ocorreu nenhum caso de infecção puerperal. Estava claro: a febre puerperal provinha de um veneno cadavérico veiculado involuntariamente pelas mãos dos obstetras. Outra fatalidade veio trazer a Semmelweis mais um dado: o toque de uma mulher com tumor infectado do colo uterino seguido pelo exame de doze mulheres internadas na mesma enfermaria, sem ter havido a desinfecção das mãos, trouxe como consequência a morte de onze delas vitimadas pela septicemia puerperal... Estava, portanto, relacionado o aparecimento da temível moléstia com o fator contaminação pelo material pútrido, fosse de que origem pudesse ser. Vencida tão penosa etapa, estaria sobrepujada a maior dificuldade e agora a conduta seria seguir as normas de limpeza e de cuidados já bem definidas por Semmelweis. Tal, porém, não foi a sequência dos fatos, ao contrário, o que se iniciou foi o martiriológico de Semmelweis para tornar conhecida e aceita a evidência por ele tão bem posta à luz... Os aplausos de Skoda, Rokitansky e Hebra limitavam-se ao círculo vienense, e as vozes concordantes de Routh em Londres, e de Kussmaul, em Heidenberg, não bastavam para difundir a todo o mundo tão capitais descobertas. Por temperamento modesto ou timidez, Semmelweis cometeu a grave falta de não ter, como devia, divulgado suas convicções, deixando com isso inúmeras mulheres entregues ao injusto e doloroso sacrifício da sua imolação na área da maternidade. A infecção puerperal prosseguia ceifando vidas nos hospitais da Europa.

O apoio de Hebra e Skoda transferiu para Semmelweis a indisposição daqueles que lhes eram hostis reforçando a animosidade que já lhe antepunha Klein, seu chefe. Assim, a lucidez de tão importante problema médico foi assumindo o feitio de meras questiúnculas pessoais Distorções de suas idéias, aleivosias, má fé e inveja se mobilizaram para gerar confusões e trazer descrédito ao pobre Semmelweis... Semmelweis decidiu escrever um livro para melhor esclarecer acerca das suas idéias e evitar a exploração que se fazia em torno do “veneno cadavérico”, sendo, afinal, em 1860 publicado (...)”

Mesmo sem uma comprovação científica “definitiva” do tipo bioquímica microbiológica, semelhante ao que ocorreu com Semmelweis, tanto o retinol quanto os carotenóides são componentes de determinados alimentos que devem fazer parte habitual e regular do cardápio dos seres humanos, desde tenra idade. Embora recomendados precocemente, ao longo da vida vão sendo deixados de lado e, parecidos, por condições diretamente determinadas pelo modo como os homens – pais e mães de família -, inserem-se na cadeia produtiva, ou seja, de acordo com aquilo que recebem – poder aquisitivo – por venderem sua força de trabalho e produzirem e reproduzirem suas vidas e a dos seus.

Sim, porque, de acordo com esta inserção os indivíduos, inicialmente, podem ou não ter o que comer, assim como, num segundo momento, podem comer inadequadamente. E esta relação, embora possa parecer estranho, é do conhecimento da academia e do senso comum, no mínimo superficialmente.

Para a academia, no editorial de ANGELL¹⁴⁵, discute-se a relação entre saúde e *status* sócio-econômico – este entendido como rendimento financeiro, educação e profissão -, buscando “pontos de intersecção” entre ambos para, explorando-os, ampliar os conhecimentos acerca da “fisiopatologia” de algumas doenças, onde seriam incluídos determinantes sócio-econômicos.

O embasamento teórico vale-se de estudos americanos para respaldar a argumentação de que nem sempre sexo e raça são fatores relevantes na determinação da morbidade e mortalidade causadas por algumas doenças. Mas, poder aquisitivo (renda anual em milhares de dólares) e escolaridade (indivíduos com e sem nível superior) tem clara relação com taxas de internação e a gravidade das doenças (ex.: Asma Brônquica,

¹⁴⁵ ANGELL, MD. M. *Privilege and Health - What is the connection?* The New England Journal of Medicine, 329:126-7, 1993.

Diabetes Mellitus), assim como com taxas de morbidade/mortalidade. Embora se admita que exista influência indireta da profissão, educação e poder aquisitivo na saúde, pouco se sabe acerca desta relação como afirma o autor:

“(...) Yet, despite the importance of socioeconomic status to health, no one knows quite how it operates. It is perhaps the most mysterious of the determinants of health(...)”.(Angell, 1993, p127)

Para o público leigo temos a reportagem¹⁴⁶ que teve como consultores vários médicos. Não foi considerada exclusiva a relação entre “infecções e pobreza”. Há, na base das doenças, o fator alimentação que parece ser decisivo na determinação de doenças como, por exemplo, o câncer e também as infecções. Mas o que nos interessa são os dados: “O estilo faz o homem”.

Dos fatores que podem permitir maior longevidade, o estilo de vida é o mais importante (53%), seguido por meio ambiente (20%), herança genética (17%) e por último assistência médica (10%) . Aliás, este último fator para o governo brasileiro, parece ser motivo de maior preocupação quando trata da formação médica, do que a melhoria nas condições materiais de vida, que de fato determinam o estilo de vida. E estilo de vida implica no modo como se vive que, por sua vez, está de acordo com o poder aquisitivo que é determinado pelo trabalho (como, quanto e onde?).

Portanto, a partir do trabalho define-se um padrão de alimentação (o que e quanto se come e bebe, a quantidade e a qualidade dos alimentos ingeridos diariamente); o lazer (Qual o tipo? Qual o número de vezes?); a moradia (Qual o tipo e a localização? Há acesso à água e esgoto tratados?); o transporte e a escolaridade.

Analogamente ao que foi apresentado por SAMPAIO Jr (2001) noutra ocasião, a reportagem usada se baseia em 2 situações distintas:

“(...) 2 Brasis: o primeiro, velho conhecido, é aquele da esquistossomose, febre amarela, subnutrição infantil e outras doenças do subdesenvolvimento. O segundo, para o qual ainda não se dá a devida atenção, é o do stress, do sedentarismo e da gordura. Neste aspecto, a semelhança com os Estados Unidos está longe de ser uma

¹⁴⁶ Veja , Revista. *As doenças da modernidade: o estilo de vida atual causa mais mortes no Brasil do que as infecções associadas à pobreza. Cuidado para não se tornar uma vítima.* nov/2000, p 104-111.

coincidência. O processo de industrialização e urbanização verificado nos últimos quarenta anos fez com que a modernidade também exibisse por cá a sua face sombria. Por que se alimentam mais de comida industrializada, dispõem de inúmeros confortos no cotidiano e trabalham num ritmo alucinante, os brasileiros estão mais gordos, inativos e estressados do que nunca. ... As doenças ligadas à pobreza, estão matando menos ... Em 1950, elas correspondiam a 36% do total de óbitos no Brasil. Hoje essa cifra gira em torno de apenas 6%(...)”.

É preciso que alguns aspectos sejam ressaltados: a) o Brasil rico e o pobre têm o mesmo determinante, no caso, o modo de produção capitalista. É isso que os une, radicalmente, embora com distinções no modo de viver. E esse modo de viver, que é determinado pela inserção na cadeia produtiva, define padrões de alimentação, moradia, lazer, transporte, etc., e responde pelo modo como alguém adoece, recupera-se da doença, vive mais ou morre. Distinguir “modos de vida” ajuda no detalhamento e compreensão dos problemas, entretanto, não devemos esquecer que as condições materiais são definidas a partir do modo de produção capitalista.

Um aspecto fundamental que a reportagem não contempla é o de incluir populações fora destes extremos apresentados: o Brasil “indiano”, subdesenvolvido e o Brasil “norte americano”, industrializado, urbanizado. Ora, é preciso estar atento para fato de que a maior parte do povo brasileiro, e mesmo do Terceiro Mundo, corre o risco de adquirir doenças do Primeiro Mundo e do Terceiro Mundo simultaneamente. Há uma sobreposição de doenças relacionadas aos deslocamentos populacionais que, por sua vez, ocorrem em função da busca de melhores condições de vida e, no limite, por condições de sobrevivência. E neste movimento, grande parte dos homens se instalam em locais onde há trabalho (características de Primeiro Mundo) que, em geral, conferem poder aquisitivo suficiente para se viver nas mesmas condições que do local de origem (características de Terceiro Mundo) - subnutrição, favelas e barracos, sem água e esgoto.

Por outro lado vive-se em metrópoles ou áreas metropolitanas, sujeitando-se à uma alimentação precária pois, grande parte dos alimentos industrializados disponíveis têm um preço mais acessível do que alimentos naturais, além de estarem prontos para consumo. Mas em geral, têm elevado poder calórico – biscoitos, sanduíches, salgados, refrigerantes, doces - sendo suficientes para saciar a fome, porém, são “alimentos” dispensáveis para quem quer qualidade nutricional e saúde, ou seja, uma alimentação

rica em legumes, frutas, verduras, cereais... Não estamos desconsiderando a “cultura alimentar importada” (*fast-foods*). Resultado disso tudo: comprovadamente no Brasil há indivíduos nos extremos dos perfis biofísicos. Houve um aumento de mais de 30% no número de pessoas com excesso de peso, ou seja, há no país 30 milhões de indivíduos com gordura extra, “beneficiados” pelas vantagens dos avanços tecnológicos – pouco exercício físico, controles remotos, eletrodomésticos, telefones sem fio, acessórios que induzem ao sedentarismo, etc., além dos alimentos. Um sedentário hoje gasta 300 calorias a menos que um sedentário em 1970. Ao final do ano, isso representaria 12 quilos. Um dado importante: as gorduras representam mais de 30% da dieta calórica dos brasileiros. Através dos estudos epidemiológicos, sabe-se que a dieta rica em gordura tem potencial cancerígeno, em particular, causando os cânceres colo-retal e da mama. Apenas 40 % dos brasileiros comem legumes e frutas regularmente.

São dados estatísticos semelhantes aos norte-americanos: 1/3 da população é obesa, situação que predispõe ao *Diabetes Mellitus* tipo 2 (antes considerado Diabete Senil, mas que hoje, além de acometer pacientes adolescentes, apresenta taxas de mortalidade semelhantes às registradas nos acidentes de trânsito no Brasil); à doença aterosclerótica (infarto, trombose, etc.), além de ser responsável diretamente por 30% das mortes em pessoas com menos de 45 anos.

Fatores externos ligados às mudanças comportamentais também são responsáveis por uma boa parte de doenças como câncer de mama, a neoplasia mais comum e letal nas mulheres. Foram estimados 35.000 casos novos e 8500 mortes no ano 2000. Acredita-se, hoje, que o fator genético não seja absoluto. Considera-se a mudança no estilo de vida das mulheres – trabalho fora de casa “com direito” a participação no esquema competitivo do mercado de trabalho, antes exclusividade dos homens, poucos filhos e baixo índice de aleitamento materno, tabagismo, etc, tudo isso facilitando a exposição prolongada à ação dos estrógenos. Embora não seja uma relação causal indubitável entre o tipo e a quantidade de gordura ingerida e o câncer de mama, há pelo menos uma suspeita desta correlação que foi epidemiologicamente comprovada, assim como em algumas pesquisas experimentais. Também não se trata de uma relação exclusiva. Podem existir gorduras protetoras-inibidoras do câncer e aquelas causadoras. Parece que o consumo de peixe contendo ácido graxo altamente polinsaturado de cadeia

ramificada protegeria contra alguns tipos de câncer, como observado entre os esquimós, onde é muito baixa a taxa de câncer de mama.

Já existe constatação epidemiológica de que imigrantes e ou migrantes, ao adquirirem os hábitos alimentares dos respectivos locais de chegada, apresentam incidência maior ou menor de câncer. Esta, na nossa interpretação, é uma relação concreta entre medicina e capitalismo neoliberal embora seja ignorada pelos indivíduos ligados à medicina. Com o neoliberalismo e a globalização, novas relações entre os homens vêm sendo estabelecidas, levando a mudanças de hábitos, em curso já há mais de 30anos. É importante que a medicina detalhe minuciosamente a relação entre o desemprego estrutural crescente, o cardápio alimentar diário das famílias e o aparecimento de doenças. Além da possibilidade do câncer que apresentamos, outra situação relacionada ao modelo de alimentação atual, é a epidemia global de obesidade. Qualidade dos alimentos, tempo e modo de preparo, substitutos, etc, são tratados como meros detalhes no “corre-corre” diário. Soma-se a migração/imigração determinada pela readequação da mão de obra, ou pela miséria localizada que força a fuga.

Nos EUA, até 1992, havia uma projeção de que o câncer de mama aumentaria chegando a mais de 180.000 novos casos diagnosticados dos quais aproximadamente 46.000 seriam fatais. O câncer de próstata, até então doença da velhice, continuaria a ser a doença mais comum entre os homens, sendo estimados 132.000 novos casos naquele mesmo ano. Por volta de 14% de todos os cânceres diagnosticados eram do cólon e reto e deste total por volta de 58.300 morreriam .

A incidência desses tipos de câncer difere bastante de um lugar para outro: maior incidência na América do Norte e Oeste Europeu e menor na Ásia¹⁴⁷. Enquanto na Tailândia, El Salvador, Filipinas e Japão, entre outros países, a ingestão de gordura não excede 40g/dia e isto se correlaciona com uma taxa de mortalidade por câncer de mama de menos que 5 mulheres /100.000 habitantes, num outro extremo temos países como Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Suíça, Dinamarca, Holanda Alemanha, França, EUA, entre outros países, onde a ingestão de gordura é maior que 130g/dia e isto correlaciona-se com uma mortalidade maior ou igual a 20 mulheres /100.000 habitantes.

¹⁴⁷ DEVITA Jr. 1993, p 444.

Estas evidências sugerem a necessidade da análise histórica como parte do raciocínio clínico, pois o adoecer dos homens e da sociedade, tem relação com as modificações nas relações entre os mesmos, definidas a partir da inserção junto aos meios de produção e reprodução da vida. Por exemplo, há uma correlação entre o que os japoneses ingeriam (23g de gordura/dia) em 1957 e passaram a ingerir (52g gordura/dia) em 1973: o número de mortes/ano por câncer de mama dobrou nesse período. É o período da “*Era do Ouro*” (HOBSBAWN 1997), particularmente o terceiro quartel do século XX em que grandes transformações materiais e intelectuais decorrentes principalmente dos avanços tecnológicos e da industrialização, que determinaram mudanças sociais profundas. Podemos admitir que a geladeira elétrica, por exemplo, mudou a vida das pessoas no mundo de duas formas: como bem de consumo que permitiu melhores condições de vida e mais saúde a partir da conservação dos alimentos, como mostrou a queda nas taxas de câncer gástrico nos japoneses. Tanto a produção quanto a reprodução da vida foram modificadas para melhor. A outra forma de mudança pôde concretizar-se através de toda força de trabalho humano envolvida na confecção da geladeira elétrica, também possível somente com a vinda de fábricas e parques industriais que para funcionarem necessitavam de infra-estrutura prévia, de modo que todo esse processo de industrialização absorveria a força de trabalho proveniente do êxodo dos campos. E aqui não estamos discutindo a mudança cultural na humanidade que também influenciou os hábitos alimentares.

O bombardeio constante do hormônio aumenta em 60% os riscos de câncer de mama. O mapa do câncer de mama no Brasil mostra maior incidência no Sul e Sudeste, justamente onde se concentram as maiores cidades e a agitação cotidiana é mais intensa, e onde o câncer começa a aparecer na faixa dos 20 anos. Outras doenças sabidamente correlacionadas com hábitos alimentares são o câncer de próstata e de estômago.

A fatia brasileira do Terceiro Mundo tem um número de indigentes igual a 50 milhões e quase 13% da população vivendo num estado de privação. Juntando estas duas populações dos extremos, formada por pessoas que vivem sob um risco constante de adoecer, o número fica em torno de 50% da população brasileira que é de 170 milhões de habitantes. Considerando-se os casos intermediários podemos admitir que a maior parte da população brasileira está doente ou estará. Ou seja, haja médico para cuidar de

tantos doentes! Desse modo, isto “absolveria” as medidas do governo de incentivo à distribuição de médicos pelo Brasil e a expansão da assistência primária? Acreditamos que não! Esta é uma medida de baixo custo para cuidar daqueles que adoecem em decorrência dos desdobramentos do sistema capitalista.

Numa outra reportagem a manchete é a seguinte: “COMO SER JOVEM POR MAIS TEMPO”: O maior estudo já feito sobre envelhecimento mostra que os hábitos são decisivos para uma vida longa e feliz”.¹⁴⁸

No nosso entendimento poderíamos usar outro título para manchete, com o mesmo significado: “COMO MORRER MAIS TARDE”. Embora as causas de morbimortalidade sejam distintas e historicamente determinadas, o que não há como refutar hoje, coisa que não fora possível num passado recente, é o fato de que o estilo de vida, ou o modo como se vive, é fundamental e condicionante do tempo que se viverá e principalmente da qualidade de vida que se terá. E na raiz de tudo isso estão as condições materiais determinadas pelo modo como os homens, hoje, produzem-reproduzem suas vidas. A influência genética ou, de um bom plano de saúde, são menos importantes do que a maneira como se vive e onde se vive e isto reforça ainda mais a importância de um referencial filosófico como o materialismo histórico e a dialética *marxiana* para nortear propostas de reformulação do currículo médico.

O médico deve saber como se deu a construção material do paciente que atende e da sociedade na qual eles – médicos e pacientes -, vivem. A compreensão radical da construção histórica da sociedade pode ser decisiva para que o médico compreenda seu papel na transformação da sociedade Para isso, ele deve desenvolver a visão política e tê-la na base da sua atuação preventiva e curativa.

A pesquisa que subsidiou esta última reportagem também reforça nossa proposta: trata-se de um estudo prospectivo que acompanhou adolescentes pobres de Boston e calouros da universidade de Harvard até a velhice¹⁴⁹. Quinquenalmente os candidatos

¹⁴⁸ Veja, Revista 11 de julho de 2001, p92-97.

¹⁴⁹ É interessante notar que, de uma forma ou de outra, a existência de “dois mundos – ricos e pobres -, não é característica exclusiva dos países de Terceiro Mundo. Outras classificações podem existir, entretanto é fundamental esclarecer que a definição de classes sociais de Marx é necessária para compreensão científica da realidade do século XXI.

passavam por avaliação física e laboratorial a fim de detectar doenças. De dois em dois anos eram analisadas os hábitos de vida das pessoas. Entre os aspectos analisados estavam “classe social”¹⁵⁰, coesão da família, depressão, longevidade dos familiares, temperamento durante a infância, abuso de álcool e fumo, estabilidade no casamento, atividades físicas, índice de massa corpórea, educação e capacidade de lidar com problemas.

Disto e do que pudemos avaliar até o momento, deduzimos que a melhoria na qualidade de vida dos homens e o retardo da morte de cada um deles está mais relacionado às condições materiais que determinam o modo de vida das pessoas do que ao tipo de medicina exercido: tanto no nível de assistência terciário com os melhores equipamentos disponíveis, tecnologia de Primeiro Mundo, quanto nas Unidades primárias de Saúde, tão frequentes nos países subdesenvolvidos. E por que haveria de ser este último o modelo adotado pelo mundo subdesenvolvido? Pelo seu baixo custo em relação ao modelo anterior? E será que há discernimento tanto dos educadores médicos quanto dos técnicos de órgãos de saúde, nacionais e internacionais que, a melhoria das condições de vida dos povos do Terceiro Mundo e de uma cidade de Primeiro Mundo “terceiro-mundializada”, antecede e deve ser fator determinante dos projetos de ensino médico? A proposta de “aluguel” do aparato médico público, construído ao longo de décadas com os impostos recolhidos do mundo subdesenvolvido, permitindo assim que a estrutura física seja explorada pelo capital nacional e estrangeiro, não teria o intuito de reduzir os gastos de um Estado corrupto e ineficiente e que irá cuidar das Unidades Básicas de Saúde e de Programas e Projetos como Médico de Família e interiorização da medicina, vacinação, Diabetes, Hipertensão, e não será um impedimento para o lucro das empresas privadas?

A história da humanidade e da medicina mostra mecanismos que mantiveram e mantém a sociedade dividida em classes e que também determinam organização da

¹⁵⁰ Como destacamos, é importante distinguir o uso que se faz de “classe social”. Embora a reportagem coloque classe social como “um dos aspectos” de análise, sem diferenciação e ao lado de “coesão de família”, “depressão”, “educação”, etc., na nossa pesquisa, de acordo com o pensamento *marxiano*, a classe social também é a representação material ou posição que cada indivíduo ocupa na cadeia produtiva. Portanto, é um indicador do poder aquisitivo e da capacidade de “comprar” um estilo de vida, com um respectivo padrão alimentar, de moradia, de lazer, educação, transporte, etc, todos eles aspectos decisivos para uma boa ou má qualidade de vida, respectivamente, saúde-vida-longevidade ou doença-morte.

medicina, seja no ensino e teoria, seja na prática, mas sempre de forma a adequar-se aos interesses da classe dominante. Cria-se, então, uma ideologia que satisfaça e esconda a medicina como área produtora de lucro (um lado) e dissimuladora das reais causas de morte – as condições materiais - (outro lado). E isto, mesmo com evidências científicas acessíveis aos leigos e acadêmicos, de que a satisfação das necessidades mais básicas para sobrevivência poderá modificar parte do aparato médico de enriquecimento (lucrativo) e científico construído ao longo da modernidade, permitindo redirecionar as pesquisas de acordo com outro patamar material-histórico, qual seja, aquele onde pelo menos a maior parte da humanidade já disponha do mínimo alcançado pela classe dominante e que é imprescindível para satisfazer as necessidades básicas.

Certamente, nesta situação, tanto a morte quanto a doença, assim como a vida e a saúde, terão dimensões conceituais diferentes das atuais. Concretamente, a elaboração dos currículos médicos deve ocorrer em conjunto com a elaboração de currículos noutras áreas afins, ou eles devem, no mínimo, conter elementos de confluência para concretização de um projeto social futuro, único e sustentável, e onde áreas distintas trabalhem na construção da mesma realidade. Do ponto de vista materialista-histórico é um atraso e também um mecanismo arдил continuar tratar a doença resultante dos graus variados de privação e seus extremos (miséria e pobreza), exclusivamente com a medicina curativa-preventiva, ainda que seja através do “médico de família”.

5) O Século XX e a Viabilidade Histórica e Dialética das Condições Materiais Para a Formação Médica do Século XXI

A correlação entre hábito de vida e doença-morte ou, saúde-vida-longevidade, é velha, entretanto, só parece ter sido retomada por volta da década de 50 do século XX, sendo oficialmente financiada como modelo de pesquisa na década de 70 (EUA). É claro que as pesquisas nesta área, envolvendo vários segmentos da sociedade, já ocorria desde meados da década de 40 e 50.

E, por que não foram progressivamente valorizadas com a evolução da sociedade capitalista e suas mazelas é tema para discussão. Dois fatores determinantes e

antagônicos parecem estar envolvidos: 1º) Independente do valor destes estudos, o desinteresse por eles parece dever-se, principalmente, à influência determinante da indústria capitalista interessada na realização de outras modalidades de pesquisa (experimental com drogas, equipamentos, etc), nem sempre concordantes com a promoção de saúde da maioria dos homens. As pesquisas genéticas (alimentos transgênicos, clonagem de animais, Projeto GENOMA) têm tido a preferência dos órgãos de fomento à pesquisa. A relação entre a medicina e a indústria, ou propriamente o complexo médico-industrial¹⁵¹, não é, radicalmente, compatível com os estudos epidemiológicos populacionais¹⁵². 2º) No período pós guerra do século XX ocorreram mudanças significativas no padrão de vida dos homens, em particular nos países subdesenvolvidos, ligadas ao desenvolvimento tecnológico, industrial, aos deslocamentos populacionais (êxodo rural), guerras, etc. Mas, segundo HOBBSAWM¹⁵³, “o mundo da segunda metade do século XX é incompreensível se não entendermos o impacto do colapso econômico”, referindo-se ao período que culminou com a crise de 1929. Também segundo ele há, no primeiro quartel da segunda metade do século XX, quatro fenômenos determinados pelo processo de transformação das forças produtivas que são o *fordismo* e os avanços tecnológicos, o pleno emprego e a seguridade-assistência social. Por sua vez, eles interferiram nas transformações e reformulações da educação médica.

O relatório FLEXNER, elaborado na transição do século XIX para o século XX e que serviu de referência para formação de médicos durante o todo o século XX, já naquela ocasião expressava a união entre medicina, pesquisa, avanços científicos e tecnológicos e indústria capitalista. O Estado-Providência e o *Keynesianismo* expressavam a seguridade e assistência social. Podemos dizer que a promoção e assistência à saúde, particularmente aquela dependente da medicina, estruturaram-se tendo como base estes dois pilares.

¹⁵¹ LANDMANN, J. *Evitando a Saúde & Promovendo a doença*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1986, p.25,27.

¹⁵² As diferenças estão ligadas ao lucro, à saúde do mercado e não dos povos, ao tempo gasto com a execução dos estudos, à concepção de medicina, entre outras coisas. Tais pesquisas revelariam que alguns males podem ser prevenidos com mudanças de hábito, estilo de vida e não necessariamente com drogas, equipamentos, etc, frutos da tecnologia.

¹⁵³ HOBBSAWN, E. *Era dos extremos. O breve século XX: 1914-1991: Parte dois - A Era de Ouro*. 2ª . ed. São Paulo: Companhia das Letras,1997, p 223.

A indústria organizada de acordo com o *fordismo* e toda complexidade que o processo de industrialização representava (poluição ambiental, deslocamento populacional em busca de melhores salários e condições materiais de subsistência, desemprego, doenças ocupacionais, etc.), na qualidade de vida dos homens, ou na geração de doenças somáticas e psíquicas, completam elo das relações da medicina com este período. Portanto, não dá para crer que a medicina esteve à margem desse processo e que o modelo de ensino-pesquisa baseado no trabalho em laboratório não originou-se aí. Não se trata de culpar o “modelo *flexneriano*” pelo estado atual das coisas. O Relatório FLEXNER é considerado a expressão do pensamento médico predominante e que dominou as instituições nas primeiras décadas do século XX reorientando, subseqüentemente, as atividades práticas que tornaram-se marcadas pela ciência e pesquisa.

Foi eleito balizador do ensino e da pesquisa médica naquele período, em detrimento do pensamento, por exemplo, de Virchow que representava uma corrente da medicina com visão de ação mais ampla e complexa, e não totalmente oposta ao “modelo *flexneriano*”. Afinal, Virchow como médico promoveu saúde contemplando tanto a pesquisa em patologia, quanto a ação política intensa.

Nos primeiros 40 anos do século XX estes modelos¹⁵⁴ se “confrontam” e prevalece aquele que beneficiaria a continuidade do desenvolvimento da indústria capitalista ligado à medicina, precisamente aquele será o desdobramento do complexo bélico-industrial: o complexo médico-industrial.

¹⁵⁴ Durante a evolução humana houve a dominância de determinadas sistematizações do conhecimento que obedeciam as necessidades concretas da sociedade, em detrimento de outras possibilidades, também meios de intervir e desvendar o real. Nós entendemos que a preferência dos homens, ou da sociedade, por determinada sistematização nem sempre pode ser tomada como opção por um corpo de conhecimentos. Algumas “opções” resultam do poder de uma classe que subjuga outra, e são vários os mecanismos envolvidos nesse processo, inclusive ideológicos. Prevalece, portanto, a sistematização que não interferirá na hegemonia da classe dominante e tirará de foco a luta de classes. Desde cedo, no período moderno, manifestam-se no campo da medicina as contradições relacionadas às divergências de interesses das classes. A linha de estruturação e organização inicial do conhecimento racional que prevaleceu fora aquela ligada ao positivismo. A linha materialista histórica, dialética que serviu figuras como Virchow, manteve-se à margem do processo de formação médica e exercício da medicina durante todo século XX, com exceção dos países de economia socialista, ou em situações pontuais como, por exemplo, no Chile sob o governo de Allende. Hoje, independentemente da situação geopolítica, esta influência é percebida no campo da medicina social, preventiva e na saúde pública.

É importante que tomemos a “Grande Depressão” (1929) como referência analítica para, primeiro lugar, “desdobrá-la” em ponto de chegada, ou produto da evolução do Capitalismo. Ela foi uma decorrência da Primeira Guerra Mundial donde seguiu-se uma reorganização geopolítica; do processo acelerado de progresso técnico e crescimento irregular da economia mundial, que já vinha desde a Revolução Industrial; das relações de trabalho que culminaram com elevado desemprego e baixo poder de compra e, enfim, como já mostrara Marx, a crise era produto de um sistema econômico onde há uma crescente tendência à concentração de capital e que contraditoriamente produz superacumulação-superabundância e supermiséria¹⁵⁵.

Em segundo lugar, a “Depressão de 1929” foi ponto de partida, isto é, também foi fator determinante, de vários episódios históricos como: a criação de planos de proteção ao mercado (*New Deal*); a estruturação do Estado-Providência; o surgimento do *Fascismo* e do *Nazismo* como proposta de recuperação política e econômica; a Segunda Guerra Mundial; o enfraquecimento dos movimentos trabalhistas; as mudanças de governos nos países atrasados; o anti-imperialismo e a libertação dos países coloniais.

O período pós-guerra (1945), marca de forma importante a qualidade de vida das pessoas. Essa melhoria associada à prosperidade das famílias, particularmente nos países industrializados e naqueles em fase de reconstrução, deve-se, basicamente, a mudança das relações de produção. Houve um grande avanço tecnológico, permitido a partir da indústria de armamentos das superpotências em que alcançou a indústria de bens de consumo e de serviços. No bojo destas transformações, dois fenômenos também determinam os moldes de uma nova medicina que, principalmente nos países do Terceiro Mundo, vai se polarizando nos extremos de uma medicina para ricos e uma para pobres. São eles: êxodo rural com a urbanização (crescimento populacional, doenças, migração, etc.) e arsenal tecnológico incorporado às atividades médicas.

¹⁵⁵ Para o desenvolvimento da nossa tese e suas conclusões que podem ter implicações políticas, é importante reforçar que os elementos que geraram “as crises”, já no início do século XX, eram inerentes ao capitalismo ainda guiado pelos princípios do liberalismo clássico. Como a medicina ocupa uma posição estratégica e complexa no funcionamento da sociedade capitalista, não devemos admitir propostas educacionais e de reformulação do currículo médico elaboradas sem que seja considerada a estruturação econômica da sociedade burguesa que, constantemente, determina e impõe novos arranjos no ensino e na prática dos médicos, porém nem sempre sintonizados com a promoção da saúde social efetiva e ampla.

O Estado-Providência ou, “Estado de Bem Estar Social”, resultado do esgotamento da fase concorrencial do Capitalismo, agora, na “*Era de Ouro*”, visa através de governos de coalizão de direita e esquerda, não extremistas, manter a equidade social através da seguridade e assistência social, e também através de serviços públicos nas áreas da educação, habitação, saúde, transporte, etc. Trata-se, portanto, de um capitalismo reformado onde há regulação entre “estabilidade-pleno emprego” e o modelo de produção fordista que determina uma produção em massa de bens, agora apropriados por um setor mais amplo da sociedade. Além disso, há uma adequação entre inovação tecnológica e a acumulação de capital. Neste mesmo período, as mulheres ganharam destaque na sociedade capitalista. Há uma busca de igualdade em relação aos homens, determinada pela incorporação, em massa, da mulher no processo produtivo. Agora ela participaria da renda familiar e as famílias ambicionavam o ensino universitário para os filhos, algo inatingível para a maior parte da sociedade mundial nas primeiras décadas do século XX. Surgem, com esse movimento do sexo feminino, novos padrões de sexualidade. Neste sentido, a compreensão histórica dos fenômenos sociais, permite ao médico a compreensão mais ampla da incidência (ou reincidência!) de algumas doenças que afetam determinados grupos. Por exemplo: o aumento da incidência do câncer de mama, sua distribuição geográfica, sua relação com estilo de vida das mulheres, em particular com a alimentação, o estresse do trabalho, etc. Com esta visão, acreditamos, não é admissível alguém defender apenas medidas médicas curativas-preventivas, pois, as implicações são da ordem econômica e suscitam mudanças políticas mais profundas. Inúmeras doenças, e não só o câncer, durante o século XX marcam sua relação-distribuição-incidência não exclusivamente de acordo com um agente biológico definido em laboratórios sofisticados do Primeiro Mundo, mas podem ser apreendidas através da constatação concreta do modo como as pessoas vivem¹⁵⁶. Também chamamos atenção para o fato de que neste período surgia o Banco Mundial com finalidades bem definidas para reconstrução do mundo.

“(...) O Banco Mundial surgiu no bojo do esforço empreendido pelos futuros vencedores da Segunda Guerra Mundial, para estabelecer um arcabouço institucional multilateral, que assegurasse a estabilidade social e econômico-financeira no pós-guerra e

¹⁵⁶ HOBBSAWN, 1997.

garantisse um comércio internacional sem fronteiras. O desejo dos líderes de um mundo destruído pela guerra era de 'no volver a caer nunca más em las depreciaciones competitivas de moneda, imposición de restricciones al cambio, cuotas de importación y otros instrumentos que sólo habían ahogado el comercio y hundido al planeta de cabeza em el conflicto más devastador de todos los tiempos' (...)".¹⁵⁷

Os progressivos avanços tecnológicos, da mesma maneira que geram grandes quantidades de bens alcançáveis por grande parte da sociedade, permitem o desenvolvimento da indústria, química e farmacêutica, e que, por sua vez, também renovam seus produtos melhorando a produção de alimentos e o controle de doenças infecciosas e, assim, possibilitam o crescimento demográfico.

No conjunto destas transformações, também marcadas pelo início de um período de agressões ao meio ambiente, vão sendo substituídas a mão de obra humana sem qualificação, ora por novas máquinas, ora por trabalhadores mais qualificados. Essas inovações tecnológicas determinaram um novo panorama no processo de desenvolvimento das forças produtivas que culminaram com uma nova crise capitalista em meados da década de 70 do século XX. Inicialmente o mundo assistia a crescente extinção do campesinato, somente possível pelos progressos na mecanização da agricultura, nos produtos químicos e na biotecnologia. Embora ainda existissem bastiões de economia agrícola de moldes antigos espalhados pelo mundo, a grande maioria da população migrava para os centros urbanos onde havia perspectiva de prosperidade permitida através de escolas e, através delas, a possibilidade de educar os filhos, de empregos com bons salários, de melhores condições de moradia, saúde e transporte entre outras coisas. No decorrer desse período, a urbanização em massa já causava problemas ligados à habitação, saúde, violência, poluição ambiental, os quais mal puderam ser resolvidos pelo Estado-Providência que, particularmente nos países atrasados, nem sempre pôde constituir-se de fato. Perguntamo-nos: como serão resolvidos alguns desses problemas, hoje agravados, diante da redução das atividades do Estado nos setores público e assistencial?

Entre 1945-70 a meta da maioria das famílias da sociedade capitalista é a universidade para os filhos. O ensino superior deixava de ser privilégio de poucos se

¹⁵⁷ RIZZOTTO, 2000, p 53 cita GEORGE & SABELLI, 1994, p.30.

estendendo à uma parte maior das massas, num mesmo movimento que aquele relacionado à ampliação do acesso aos bens de consumo e uso. Outros indicadores da melhoria das condições de vida da população mundial são a redução da taxa de analfabetismo e o crescimento do ensino universitário que qualificava a mão-de-obra profissional e dava *status* social. Estes, por sua vez, estavam relacionados a necessidade de aumentar o número de profissionais para atender as novas demandas populacionais. O mundo intelectual universitário viveu um momento de intenso debate e questionamento que se guiava pelas ciências sociais¹⁵⁸.

Na “*Era de Ouro*” melhoraram as propostas de emprego e o poder aquisitivo, permitindo aos trabalhadores acesso a bens de consumo e serviço antes restritos às classes privilegiadas. Isto foi possível também graças à constante ação do Estado-Providência no balizamento das relações de patronagem (reajustes salariais) e nas políticas assistenciais. Mas, no decorrer das últimas décadas do século XX, a classe operária que tinha perspectivas concretas de ascensão social sofre um enfraquecimento na sua organização sindical que contribui para a instabilidade do emprego, e torna-se desamparada pelo Estado progressivamente mínimo. Isto será decisivo para a degradação das condições materiais de sobrevivência dos trabalhadores. Os mais afetados são os “desqualificados” para a alta tecnologia, e compõem a base da pirâmide social. Na ordem capitalista, com a transição do *fordismo* para o *pós- fordismo* (*toyotismo*), surge a necessidade de trabalhadores mais qualificados e que adaptem-se facilmente à renovação tecnológica. Essa mudança nas relações de produção vai determinando uma reorganização política, jurídica e ideológica¹⁵⁹ que caracteriza o movimento neoliberal.

¹⁵⁸ ROSA, A R. ET AL. *Ensino Médico: Atualidade de uma experiência*. Edição comemorativa. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1995. Também sobre o aumento do número de faculdades de medicina a partir da década de 70 do século passado.

¹⁵⁹ MANACORDA, M A. *Marx e a Pedagogia Moderna*. São Paulo: Cortes Editora, 1991, p.97. “(...) Marx [no Prefácio à Crítica da Economia Política] ali estabelece uma relação, no mínimo tripla, entre: a) uma ‘base real’, dada pelo conjunto das relações de produção, que, além disso, já pressupõem ‘um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais’ e constituem ‘a estrutura econômica da sociedade’, b) uma ‘superestrutura jurídica e política que se ergue sobre aquela base e à qual correspondem’ c) ‘determinadas formas de consciência social’(...)” e, numa forma mais genérica, “(...) o modo de produção da vida material condiciona, em geral, o processo social, político e espiritual da vida (...)”.

De acordo com BRUNNHOFF (1991) há uma base histórica e econômica para o resgate do liberalismo, ou a volta da ortodoxia liberal e abolição da intervenção estatal - Estado Providência (“Welfare State”, ou “Estado do bem estar social”; *keynesianismo*). Resumidamente, as transformações capitalistas que vão do pós-guerra imediato até os anos 80 podem ser divididas em períodos: de 1948- 58 - queda da rentabilidade; de 1960-65 - alta da rentabilidade; de 66 – 80 queda da rentabilidade do capital. Já as “*necessidades sociais*” seriam vistas de outro modo: para os novos ortodoxos do liberalismo, há uma hierarquia de legitimidade das despesas públicas diferente do *keynesianismo* que defendia os gastos do estado com a sociedade (seguros, subvenções) promovendo, indiretamente, benefícios para a própria economia. Keynes, na Inglaterra, defendia despesas públicas de investimentos e pela manutenção dos salários nominais ingleses, medida que favorecia a demanda e, portanto, o escoamento da produção dentro do próprio país e garantia um aumento do emprego à custa de investimentos públicos de qualquer tipo. Estas medidas, segundo Keynes, reduziam o montante desses auxílios fazendo baixar o número de desempregados. Assim, legitimava-se uma “concepção econômica” de auxílio ao desemprego. Porém, para os novos liberais, a intervenção estatal era (e continua sendo!) abominável, nociva e prejudica a iniciativa econômica privada. Havia uma preocupação com “o saneamento da economia” travancada por “elefantes brancos” (empresas não rentáveis e protegidas sob o manto estatal). (BRUNNHOFF 1991)

Simultaneamente, enquanto os ortodoxos pregavam a liberdade da economia, sem política de reserva para substituir o *keynesianismo*, eles também não criavam condições para suportar os próprios “desencontros da economia” que suscitavam constantemente o socorro por parte do Estado. O “Estado Providência”, ou o “Estado-Providência em crise”, tem sido alvo do neoliberalismo também por que responde por custos com seguridade social e assistência médica crescentes, em larga escala, por exemplo, o “superconsumo médico” em França:

“(…) consultas anuais por pessoa em 1959: 1,75; em 1981: 3,6. Exames laboratoriais: 7,45 em 1959; 68,80 em 1981. Aumento mais rápido que o do número de médicos, que é também alto (40.000 em 1959; 120.000 em 1980). Ocorre o mesmo nos Estados Unidos, onde em 1980 quase um dólar em 10 gerado pela economia americana é gasto em despesas médicas, contra 1 em 20 no início dos anos 1960 (...)” (BRUNNHOFF 1991, p.59-60)

Toda essa reorganização do Estado Providência, proposta pelos novos liberais, na sua interface com as instituições e/ou mecanismos de geração de saúde, tanto através dos benefícios previdenciários quanto da assistência médica têm características distintas daquelas que ocorrerão nos países do Terceiro Mundo. Além disso, os povos de ambos grupos de países vivem sob condições materiais distintas. Apesar do desemprego ter dimensões mundiais, talvez o trabalhador do mundo em desenvolvimento, inclusive por ser menos qualificado, sofra os maiores prejuízos materiais, pois ainda carrega o peso de um passado histórico marcado por uma desigualdade herdada de um colonialismo servil não totalmente superado. Com tudo isso, não faltam “cópias e transplantes” de modelos de formação médica originários de países economicamente “saudáveis”. Para o desenvolvimento de nossas análises e compreensão de nossa proposta, este cenário deve ser ao menos em parte detalhado.

O conjunto das despesas de proteção social (pensão velhice, auxílio-doença, salário família, salário desemprego) absorvia, em 1979, respectivamente, em França – 17,9% do Produto Nacional Bruto; República Federal Alemã – mais de 18%; Estados Unidos cerca de 10%. As únicas aceitas pelos ortodoxos liberais foram as despesas militares: 6,5% PNB americano ; 4% PNB França. Se há legitimidade no “Warfare State”, e parece haver dado o andamento das relações dos EUA e aliados na luta contra o terrorismo explícito, não ocorre o mesmo com o “Welfare State”. As críticas ao Estado Providência, no que se refere à qualidade do amparo dado aos “Assistidos e dominados”, isto é, trabalhadores beneficiados e, portanto, aos serviços prestados, é poderosa:

“(...) os que utilizam demais e saem do mundo do trabalho durante longos períodos, ou até definitivamente, tornam-se “assistidos”, tratados como eternas crianças incapazes de cuidar de si mesmas. Por outro lado, a qualidade dos serviços diminui, sob o efeito da massa de solicitantes e do aumento do consumo em particular no caso da medicina. Fala-se de uma utilização desviada dos serviços médicos (...)”.(BRUNNHOFF 1991, p.95).

Todos os argumentos são usados para reduzir o papel do Estado que, de tão assistencialista apresenta um caráter até infantilizante que não permite a emancipação social e perpetua a “alienação dos indivíduos beneficiários”. Esta postura vem vindo desde o século XIX e, atualmente, também reforça as críticas já existentes ao papel do estado:

“(...) Toda uma corrente crítica do Estado Providência baseia-se na produção de controle social pela administração, inseparável da assistência: sob formas brutais, como as casas inglesas para os pobres no século XIX, ou sob formas suaves, mas constrangedoras, como a “medicalização” dos assistidos. No curso dos anos posteriores a Segunda Guerra Mundial, a combinação entre assistência social e a crescente assistência médica nada mais fez que reforçar uma tendência profunda já existente e que explica a crítica da finalidade da proteção social; esta tende a fabricar indivíduos com mentalidade de assistidos (...)”. (BRUNNHOFF 1991, p.98-99)

O Estado-Providência, na sua figura original de controlador social das classes trabalhadoras hoje sofre ataques internos – pela má qualidade dos serviços, pela sua expansão descontrolada -, e externos – custo financeiro inadmissível em tempos de crise. Os ortodoxos liberais consideram que a “saúde tem preço” e deve, portanto, ser considerado seu custo. No início dos anos 80 há uma ruptura entre aspectos econômicos e sociais no que se refere à assistência à saúde. Paralelamente vai surgindo a idéia de dar maior autonomia aos indivíduos e às famílias que devem “cuidar de si mesmos”.¹⁶⁰

Não nos parece estranho que tais conjuntos de medidas, através da livre concorrência, isto é, leis de mercado, meritocracia ..., ampliem o fosso entre trabalhadores qualificados e “desqualificados”, do qual depende sua manutenção.

Estes são aspectos relevantes para compreensão da educação médica e das reformulações do currículo médico, enfim da formação profissional no período capitalista, assim como do olhar crítico da classe dominante sobre ela. A revolução cultural que se inicia na “Era de Ouro”, parece-nos poder ampliar a visão do educador sobre a constituição do seu objeto de trabalho e auxiliar na formação do novo médico. Não há viabilidade nas elaborações teóricas ligadas ao processo educativo se também não considerarem o indivíduo que chega à universidade no século XXI e que, antes disso, já está, de algum modo, inserido no processo histórico do desenvolvimento das relações de produção.

Diante do exposto arriscamos uma reflexão: Como organizar um trabalho coletivo na esfera da educação médica ? Seria possível implantar medidas efetivas, visando a integração multidisciplinar na área médica, sem conhecer esses pressupostos históricos e econômicos? Por décadas, o Estado-Providência procurou reduzir a

¹⁶⁰ Veremos que esta idéia, na qual está implícita não a supressão da assistência, mas a diminuição de seu montante público, é “aproveitada” (ingenuamente?) no *Projeto CINAEM(2000)*, sob alegação construção de autonomia, cidadania e liberdade de escolha dos indivíduos, no caso, pacientes.

desigualdade social e neste período o modelo de medicina que prevaleceu foi o *flexneriano*, hoje criticado. Entretanto, o modelo atualmente preconizado terá condições de atender às necessidades de saúde determinadas pelo Capitalismo neoliberal? Tudo leva a crer que não!

Nos países onde o Estado-Providência, ou seu projeto não concluído, pouco fez pela liberdade material da maioria, garantindo igualdade social como, por exemplo, o Brasil, esse panorama é mais triste. Soma-se a ele a perspectiva neoliberal que se favorece do individualismo extremo e que, com certeza, acentuará os traços de desigualdade. Mesmo atrasados, os efeitos da “*Era de Ouro*” também se fizeram presente nos países do Terceiro Mundo trazendo avanços tecnológicos que melhoraram a qualidade de vida sensivelmente, e que são melhores demonstrados pela queda da taxa de mortalidade e pelo crescimento demográfico. Embora tais países não tivessem passado pelos desdobramentos do Capitalismo de forma semelhante aos países do Primeiro Mundo, isto não impediu que fossem totalmente incluídos no processo de globalização e na divisão internacional do trabalho, mesmo porque o Terceiro Mundo carecia, total ou parcialmente, de desenvolvimento industrial e contava com mão de obra abundante e barata. A exemplo do Brasil, boa parte dos países do Terceiro Mundo que receberam verbas estrangeiras, fundaram-se na burocracia e corrupção e isto tem sustentado as críticas ácidas do Banco Mundial à estrutura política e econômica. Com base em análises técnicas que também subsidiam as críticas, este banco propõe uma readequação do sistema de assistência à saúde que, no final, podemos resumir como sendo uma parte para quem pode pagar e outra para quem não pode. Na perspectiva da liberdade e autonomia material humana, o saldo que chega ao século XXI é bastante negativo.

A humanidade conta a história deste século baseando-se, principalmente, numa desigualdade social maior, só que diante de um grau avançado de desenvolvimento das forças produtivas. Além disso, as mortes provenientes das grandes guerras e conflitos mundiais menores e, mais recentemente, das “guerras” urbanas, étnicas, etc, embora possam ser justificadas e mitificadas, na realidade só reforçam a tese da desigualdade material histórica progressiva.

Para parte da humanidade, o desenvolvimento das forças produtivas alcançou um estágio bastante avançado, enquanto para outra (a maioria), as relações de produção encontram-se parcialmente desenvolvidas. E, o neoliberalismo vem estabelecendo, arduamente, o terreno propício para a reutilização dos princípios do liberalismo clássico, como se não bastasse o resultado da fase do capitalismo concorrencial, onde tais princípios regiam a estrutura econômica ainda no início do século XX. Há experiências de países industrializados, no último quartel deste século, com políticas de amplitude semelhantes que já demonstram, apesar dos resultados parciais, sua desaprovação. Mesmo assim, a febre neoliberal no Terceiro Mundo tenta sustentar-se no discurso oficial do mau gerenciamento do Estado, e presta contas, extra oficialmente, para órgãos supra nacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, representantes do grande capital mundial.

No período complexo e contraditório do Capitalismo no século XX, surgiram elementos concretos para criação de novas relações humanas em função das readequações no modo de produção capitalista e que podem hoje ser melhores entendidas e usadas pelos estudos epidemiológicos, porém, é necessária uma compreensão histórica deste processo. Parece-nos que, nesse sentido, a necessidade de aprender a trabalhar com o tempo numa perspectiva histórica, processual, dinâmica, de transformações materiais, pode esclarecer que as "páginas escritas" pela medicina do século XIX, XX e XXI não podem ser consideradas como as últimas e definitivas¹⁶¹.

Em particular, o século XX fora marcado por transformações econômicas que determinaram mudanças sociais, culturais, políticas, científicas, geográficas, que não podem mais deixar de fazer parte do "arsenal" intelectual/teórico do médico, necessário para analisar a doença e sua ligação com a morte e/ou com a saúde e a vida. Por exemplo, foram precisos decorrer quase 100 anos para que o médico pudesse ao menos levantar a suspeita de que há uma relação entre a dieta e a incidência do câncer? Qual a importância de entender a imigração japonesa para os EUA e sua relação com um aumento da incidência de câncer de mama em japonesas que, no país natal, têm baixíssimos índices deste câncer?

¹⁶¹ ANDERSON, P. *O fim da história: De Hegel à Fukuyama*. Rio de Janeiro: Zahar ed., 1992.

O fato é que com este fenômeno – imigração japonesa -, possível somente no século XX devido ao crescimento populacional, a evolução dos transportes, a procura de trabalho, a miscigenação, etc., e na base de tudo isso as mudanças nos meios de produção da vida, é que se pôde estabelecer um efeito benéfico da soja e maléfico das gorduras, da falta de fibras, frutas e verduras no cardápio diário.

Passaram-se quase 100 anos de tabagismo em larga escala, possíveis com grandes plantios do fumo e sua industrialização, ou de homens comprando geladeiras entre outras tantas coisas, para que fossem estabelecidas ligações entre, respectivamente, o câncer de pulmão e o de estômago. Além disso, por que alguém imigrou? E a geladeira, já pode ser uma realidade para todos os lares do mundo, inclusive barracos em favelas?

Por que o cigarro, responsável por vários tipos de câncer, além do de pulmão, ainda é produzido por indústrias multinacionais que também produzem remédios, não sofre restrições e é vendido, inclusive aos adolescentes? Por que fumar tem incidência aumentada nas camadas da população com baixa escolaridade e renda familiar, e por que cresceu junto ao grupo das mulheres?

A história, despreocupada de datas, momentos, episódios marcantes, heróis e vilões, e assumida como processo dinâmico, reflexivo, multifatorial e útil às transformações, serviria-nos para analisar o passado e, hoje, permitiria tanto elaborar, quanto melhor analisar estes estudos populacionais¹⁶², entendendo porque não duram menos de 10 anos, quem são os homens pesquisados e com quais critérios foram escolhidos, etc.

Tais pesquisas, que precisam de tempo para sua execução e nem sempre recebem atenção devida da academia, talvez se beneficiassem do “materialismo histórico” que seria uma outra forma de convalidar os dados. Não é uma tarefa fácil conduzir estes trabalhos, tarefa desempenhada por pesquisadores “marginais” desde o século XIX até poucos e últimos relatos da década de 70 do século XX, principalmente quando se acrescenta o ingrediente histórico. Entendemos que além das implicações técnicas, vão surgindo outras políticas e econômicas, ao mesmo tempo outras variáveis como, por

¹⁶² DEVITA Jr (1993, p 471) apresenta tabela com vários protocolos de pesquisas tentando identificar os benefícios do uso regular de substâncias anticancerígenas, como o beta-caroteno e o retinol, em pacientes com alta predisposição para a doença, ou residentes em áreas de elevada incidência.

exemplo, mudanças de hábito, já estão sendo introduzidas, etc. Enfim, de fato, algumas doenças como câncer e as cardiovasculares podem ser evitadas com dietas, mudanças de hábitos, etc., que expressam condições materiais de vida. Isto é o que está ao alcance de todos em termos de prevenção efetiva, principalmente em termos de saúde pública, mesmo não dando lucro, nem ganhando eleição!

Acreditamos que o período histórico atual seja um dos mais favoráveis para que acentuemos as contradições entre a possibilidade material alcançada (permitida pelos avanços tecnológicos) e a necessidade de satisfação do que é básico para viver com saúde. E a doença que também é produto dessa "contradição" poderia ser evitada através da adoção de hábitos protetores da saúde, inclusive os alimentares, mas que, mesmo em fase de comprovação científica, não estão ao alcance da maioria dos homens. Ter alguma chance de interferência neste processo desenfreado de transformações implica, necessariamente, em conhecer sua gênese. Sem isso, parece remota a possibilidade de sucesso. Além disso, é preciso definir o que tem dificultado os homens, principalmente aqueles bem alimentados, educados e com algum nível intelectual mínimo, compreender a própria realidade na qual estão metidos e onde sua alienação tem parcela de participação nestas mesmas transformações. O estado de torpor e passividade em que se encontra a maior parte da sociedade chega a ser preocupante diante da realidade que vai se impondo, principalmente quando se mira um futuro sustentável.

A história da humanidade apresentou configurações histórico-sociais abrangentes e distintas como o escravismo, o feudalismo, o mercantilismo, o colonialismo e, mais recentemente, o capitalismo e socialismo. Precisamente na matriz capitalista se dá o globalismo, também uma configuração histórico-social com peculiaridades como a de congregar num mesmo tempo e/ou espaço, situações contraditórias, tendências de pensamentos, impasses e perspectivas, dilemas e horizontes:

“(...)É óbvio que na base do globalismo, nos termos em que se apresenta no fim do século XX, anunciando o século XXI, está o Capitalismo. As forças decisivas, pelas quais se dá a globalização do mundo, instituindo uma configuração histórico-social nova, surpreendente e determinante, são as forças deflagradas com a globalização do Capitalismo, processo esse que adquiriu ímpetos excepcionais e avassaladores desde a Segunda Guerra Mundial e mais ainda com a guerra fria, entrando em franca expansão após o término desta. O globalismo não nasce pronto, acabado, e muito menos presente, visível, evidente. Revela-se aos poucos, seja à observação, seja ao pensamento(...)”.
(IANNI 1997, p.218)

Inegavelmente o modo de produção capitalista se expande mundialmente baseado na produção de novas tecnologias, na competitividade, no consumo em massa, no mercado, e passa a fazer parte do cotidiano de tribos, clãs e nações, cada uma com suas especificidades sócio culturais. Afirma o autor,

“(...) Sim, o Capitalismo se apresenta como um modo de produção e um processo civilizatório. Além de desenvolver e mundializar as suas forças produtivas e as suas relações de produção, desenvolve e mundializa instituições, padrões e valores socioculturais, formas de agir, sentir, pensar e imaginar. Nas diferentes tribos, clãs, nações e nacionalidades, ao lado das suas diversidades culturais, religiosas, linguísticas, étnicas ou outras, formam-se ou desenvolvem-se instituições, padrões e valores em conformidade com as exigências da racionalidade, produtividade, competitividade e lucratividade indispensáveis à produção de mercadorias, sem as quais não se realiza a mais-valia ... é óbvio que esse cenário está organizado principalmente pelas corporações transnacionais e pelas organizações multilaterais, sintetizando as estruturas de dominação e apropriação que caracterizam o globalismo. São entidades que polarizam as relações, os processos e as estruturas de dominação política e apropriação econômica que tecem, articulam, movimentam e configuram o globalismo. É no contexto do globalismo que o liberalismo se transfigura em neoliberalismo(...)”. (IANNI, 1997, p223).

Uma divisão transnacional do trabalho e da produção, a articulação de mercados regionais, nacionais e mundial, a comunicação e a informática, o crescimento de corporações transnacionais e multilaterais entre outros aspectos caracterizam a globalização do Capitalismo e a doutrina do neoliberalismo.

“(...)São muitas e evidentes as interpretações, as propostas e as reivindicações que se sintetizam na ideologia neoliberal: reforma do estado, desestatização da economia, privatização de empresas produtivas e lucrativas governamentais... redução de encargos sociais relativos aos assalariados [etc.](...)”. (IANNI 1997, P226)

Não é objetivo principal da nossa pesquisa abordar detalhadamente o trabalho na perspectiva da globalização do capitalismo, porém, é fundamental ressaltar que a partir dela foram modificadas as relações de trabalho, e isto foi fator determinante dos novos padrões de poder aquisitivo e mesmo da falta dele¹⁶³.

¹⁶³ Cf os dados sobre a queda do poder aquisitivo no Brasil e EUA.

“(...) O mundo do trabalho tornou-se realmente mundial, sendo decisivamente influenciado pelo jogo das forças produtivas e relações de produção em atividade no âmbito do Capitalismo como um modo de produção global(...)” (IANNI, 1997, p166).

Isto se dá na transição do *fordismo*, o *toyotismo* com a formação da fábrica global onde todo operário passa a ser parte da mão de obra, ou força de trabalho mundial. Com esta nova e inédita situação, as condições de trabalho e de vida passam a ser determinadas também por padrões que operam em escala global. Juntam-se, às ações locais, àquelas regionais, nacionais e internacionais, definindo, através do jogo de forças econômicas, sociais que operam em escala mundial, o processo de trabalho e as condições materiais e espirituais de vida nas mais diversas localidades, nações e regiões.

A transição do Estado do bem estar social para o “Estado mínimo” desprotege ainda mais setores sociais desprivilegiados que crescerão numa proporção inversa à ação do mesmo. Este quadro regulamentado pelos gerenciadores do capital mundial (FMI, BIRD, BM, entre outros) nos remete às políticas públicas de saúde brasileiras, às ingerências na definição de diretrizes curriculares para medicina, a regulamentação dos planos de saúde, etc, definidas, também, pelas mesmas instituições internacionais citadas. Saúde e educação não escapam das medidas neoliberais¹⁶⁴.

Há necessidade de reconhecer a existência deste “consenso dinâmico” entre os guardiães oficiais da economia mundial que geram diretrizes de acordo com a ideologia da globalização do novo liberalismo e transmitem-nas aos formuladores das "políticas de governos nacionais e grandes corporações" (IANNI, 1997). Embora isto ainda seja algo que detalhadamente é desconhecido pelos "educadores" ligados à formação médica, há tempos (fim da década de 60 do século XX) é possível perceber elementos do ajustamento da educação médica, após a década de 70 do mesmo e que deslocará a formação e atuação profissional para a rede de assistência primária. É evidente a adequação da formação profissional, que se faz necessária, ao desmanche da assistência terciária e dos locais de excelência para as pesquisas como denunciado por MURAD (2001), assim como frente ao exército crescente dos “doentes da miséria”.

¹⁶⁴ MURAD, (set e jun/99; março/2000; abril, junho, out/ 2001); BOCK, A. Mercês Bahia. *Diretrizes curriculares: uma armadilha da política educacional*. PUC viva, revista, São Paulo 13 (20-23), 2001.

Estes gerenciadores do capital mundial,

“(...) dão forma ao discurso no qual as políticas são definidas, assim como os termos e os conceitos que circunscrevem o que pode ser pensado e feito... articulam as redes transnacionais que vinculam formuladores de políticas de país a país ... [Esta] centralização de influências nas políticas de governos nacionais pode ser denominado de internacionalização do estado. A sua influência mais comum é converter o estado em uma agência para o ajustamento das práticas e políticas da economia nacional às exigências estabelecidas pela economia global.¹⁶⁵ O estado torna-se uma correia de transmissão da economia global à economia nacional, a despeito de ter sido formado para atuar como bastião de defesa do bem-estar doméstico em face dos distúrbios de origem externa(...)”¹⁶⁶.(IANNI 1997, p.262)

Fica claro, portanto, os termos de articulação dos ministérios da Educação e Saúde: de modo geral, o primeiro ajusta a formação de recursos humanos de acordo com as modificações e adequações que o segundo faz nas instituições de assistência à saúde e nos setores correlatos (fabricação de medicamento e equipamentos de saúde). O tom das discussões, seu embasamento técnico e suas justificativas apóiam-se na gestão/gerenciamento que, no caso do Brasil, foi mal desempenhado pelo “corrupto” Estado nacional. Isto mostra o quanto deve ser profundo o debate sobre os rumos da educação médica. É importante inserir a medicina – teoria e prática – no debate acerca das suas relações com o restante da sociedade, considerando todos os elementos da globalização do Capitalismo e como determinam o arranjo da educação médica. Não se deve perder de vista aquilo que é central neste modo de produção – privilégio da propriedade privada, a grande corporação, o mercado livre de restrições e regulado novamente pela “*mão invisível*” de Adam Smith, a tecnificação crescente e generalizada

¹⁶⁵ É importante ressaltar que medidas oficiais como o estabelecimento de uma nova LDB (lei de diretrizes e bases) para educação e nela a regulamentação curricular básica para todas as escolas médicas, além do Projeto EMA e Projeto CINAEM, a pressão de grupos empresariais distintos para abertura (ou não!) de novas escolas médicas quando as existentes são suficientes, são todos fenômenos relacionados ao desdobramento do capitalismo mundial, “regulamentado” pelas políticas neoliberais. Assim, pensar na educação médica e nela o currículo médico sem conhecer este imbricamento de fatores é de uma ingenuidade e cumplicidade que não podem ser ignoradas, e demonstra despreparo para lidar com um problema de raízes profundas e que tratado do modo como vem sendo já tem causado prejuízos para sociedade em geral e principalmente para aqueles que dependem de assistência médica gratuita. (Não que os dependentes da assistência privada estejam bem servidos!). Cf a última redução de leitos hospitalares nos hospitais universitários no fim de 2002.

¹⁶⁶ Grifo nosso. Ressalta o conteúdo programático para estruturar a formação e assistência médica latino-americana. cf. CHAVES, M., ROSA, AR. orgs. “*Educação médica nas Américas - O Desafio dos anos 90*”, 1990, Cortez Ed., São Paulo, RIZZOTTO, MLF. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese de doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2000, entre outras obras.

do processo de trabalho e produção, a lucratividade, etc. – desde sua origem, porém, com mudanças inerentes à cada período histórico.

Segundo HOSBAWM¹⁶⁷ citado por IANNI (1997, p.270):

“(...) Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico do desenvolvimento do Capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos(...)”.

Para maior parte da sociedade – os desprivilegiados – as frequentes reformulações/adaptações do Capitalismo ao contexto latino americano no que se refere às políticas de saúde têm provocado perda de conquistas históricas. A discussão sobre qual é o “melhor” modelo de assistência médica para a América Latina, em particular para o Brasil, deve ser precedida por uma discussão chave a respeito das condições materiais em que vivem as pessoas neste começo de milênio. Fugir dessa discussão e dar sequência à implantação de medidas de saúde como tem feito o governo brasileiro é como atender a ideologia capitalista neoliberal, que se colocaria como única opção. A discussão sobre o ensino e a prática médica e sobre o sistema de saúde deve considerar a desigualdade material brasileira, afinal, a medicina possui uma “janela privilegiada” através da qual pode observar e denunciar as contradições do modo de produção capitalista e, no limite, da luta de classes numa perspectiva histórica. Além disso, é preciso restabelecer e desmistificar a relação dialética entre a medicina e a sociedade capitalista. Existem experiências de orientação social-comunista consagradas por suas propostas de assistência à saúde que são organizadas considerando as raízes da desigualdade material gerada e desenvolvida com a exploração da força de trabalho pelo capital e que intensificou-se e generalizou-se, ainda mais, com a revolução tecnológica no fim do século XX. Essa abordagem da medicina em sua relação com a sociedade não é nova já tendo sido manifestada por outros pesquisadores¹⁶⁸. Rudolph Virchow (1841-1902), um ícone da medicina moderna devido a sua brilhante atuação na patologia, área

¹⁶⁷ HOSBAWM, E. *A era dos Extremos (O Breve século XX: 1914-1991)*. Companhia das Letras, São Paulo, 1995, p. 562.

¹⁶⁸ Cf. WAITZKIN, H. *Is our work dangerous? Should it be?* *Journal of Health Social Behavior*, México, 39(1): 7-17, março, 1998. Há lista bibliográfica de estudiosos das várias facetas da relação entre saúde e condições materiais sociais.

considerada como um dos pilares da medicina moderna desde o período de galopante industrialização europeia, já naquela ocasião percebia a posição através da qual a medicina pode “observar” o desenvolvimento dos homens em sociedade, nas relações uns com os outros. Dizia ele:

*“(...) o progresso da medicina pode eventualmente prolongar algumas vidas, a melhoria das condições de vida do povo prolongará muitas mais; as grandes epidemias são advertências aos estadistas de fatores que ameaçam a vida nas cidades. A medicina é uma ciência social, e a política não é mais do que a medicina em escala ampla(...)”*¹⁶⁹

Segundo LANDMANN (1985, p. 68) a respeito da obra de Virchow:

“(...) [ele] mostrou que as doenças prevalentes nas zonas industriais da Alemanha eram consequência das más condições de vida das populações: sem higiene, sem requisitos mínimos de habitação e sem alimentos. Virchow alertou para a maior mortalidade infantil dos bairros pobres, criticou a insensibilidade das autoridades com as miseráveis condições de vida das classes inferiores; destacou a estrutura de opressão popular do sistema médico alemão, que cobrava todos os atendimentos; e propôs a segurança do emprego pleno para todos os trabalhadores, com salários suficientes para a obtenção de estabilidade econômica, essencial para saúde(...)”.

E alguém pode acreditar que o cenário atual, século XXI, é fundamentalmente diferente? Parece que não! Aí estão elementos básicos do capitalismo concorrencial da virada do século XIX para o século XX que respaldaram e sustentaram ao longo do século passado uma assistência médica elitista – um lado – e o surgimento de uma medicina “assistencial” para os pobres¹⁷⁰ - outro lado. Talvez, matrizes do que hoje alguns chamam de “mundo dos ricos e dos pobres”¹⁷¹.

¹⁶⁹ VIRCHOW, R. *Disease, life and Man*. Stanford University Press, Stanford, 1958

¹⁷⁰ GUNTHER LUSCHEN et al. *The integration of two health systems: social stratification, work and health in east and west germany*. *Soc. Sci. Med* 44(6), 1997, 883-899. Segundo o autor, a relação entre desigualdades sociais, “status” a saúde e assistência à saúde tem a mesma história que a da sociedade moderna. Acreditamos que precisamente com a industrialização moderna a desigualdade entre as classes acentuou-se e ganhou novas características, suscitando uma nova abordagem da doença e de como tratá-la. Assim é que se dá o aparecimento de um sistema de assistência à saúde oficial - inicialmente exclusivo para os pobres e que no decorrer do século XX com o surgimento e consolidação do Estado do bem estar social (“*Welfare State*”) estende-se à toda população. Em resumo a assistência à saúde moderna também é uma decorrência das más condições de trabalho e das próprias condições de vida dos trabalhadores e suas famílias, que de alguma forma deveriam estar aptos a vender força de trabalho. Entretanto ela não é fruto da “benevolência” do burguês industrial. Há que considerar também a pressão política exercida pelos socialistas do século XIX na organização do sistema de saúde.

¹⁷¹ SAMPAIO Jr, 2001.

Com o resgate atual do liberalismo clássico (neoliberalismo), vemos que a medicina atual readquire características da medicina daquele período, obviamente ajustando-se de acordo com o modelo econômico capitalista atual, historicamente modificado. Mas sua proposta afinada com a velha matriz capitalista é a de estabelecer uma assistência médica diferenciada: aos ricos um modelo de acordo com o que se paga ao convênio e, aos pobres, uma "cesta básica" de saúde. (MURAD, 1997), (RIZZOTTO, 2000).

Parece-nos que este pobre-miserável sobrevivente do século XX e que chega ao século XXI, que precisa de auxílio à saúde, principalmente porque suas condições de vida não mudam e só pioram, é uma figura historicamente inédita, mas não há como negar que apresenta traços antigos retratados também por ENGELS (1975), e que radicalmente são inerentes à divisão da sociedade em classes antagônicas.

Este “sobrevivente” pode ser um doente ou paciente buscando vários tipos de auxílio, inclusive para restabelecer sua saúde. De acordo com IANNI (1997, p64) trata-se de um indivíduo que encontra-se inserido num,

“(...) processo histórico de amplas proporções que já se desenvolvia irregularmente com o mercantilismo, colonialismo e imperialismo (sempre atravessados pela acumulação originária) alcança intensidade e generalidade excepcionais no limiar do século XXI. Essa é a configuração histórica e geográfica em que emerge a cidade global(...)”,

e ela surge por causa dos homens, ou ela é os próprios homens nas relações concretas uns com os outros e de inúmeras formas, porém, inevitavelmente em busca da satisfação das necessidades materiais. E os atores principais responsáveis pela reorganização do mapa econômico mundial são as corporações transnacionais, envolvidas em uma luta dura e canibalesca pelo controle do espaço econômico.

Admite-se que nenhuma empresa efetiva seja possível sem fortes laços com a grande cidade – megalópole, megacidade ou cidade mundial. Nessa nova fase do capitalismo, o capital promove e recria surtos de acumulação, engendra nova divisão do trabalho e produção, espalha unidades produtivas por todo mundo, normatiza processos de trabalho, modifica a estrutura de classe operária, transforma o mundo em imensa fábrica e cria a cidade global. A medicina no século XXI, em pleno processo de

globalização do capital deve adequar-se a uma cidade que, segundo os teóricos, como “cidade global” adquire características de muitos lugares (IANNI, 1997).

Não se trata de um fenômeno homogêneo por todo o globo, ou seja, ao menos no caso de algumas cidades brasileiras, continuarão existindo cidades em que o padrão de vida assemelha-se àqueles do início do século ou talvez àqueles períodos mais remotos da evolução humana, como antigo-medieval. Por outro lado, a capacidade de interligação entre as cidades faz com que aquelas menos desenvolvidas sejam atraídas ou, forçadas ao desenvolvimento. A partir da ampliação das redes de comunicação, e com elas os mercados, parece-nos cada vez mais real a possibilidade dos povos inserirem-se efetivamente no modo de produção capitalista. Esta nova e possível inserção “generalizada” chama a medicina para rever e rediscutir suas bases materiais históricas de formação e atuação médicas, mas ela tem recusado o confronto e vem adotando as orientações dos países desenvolvidos para o setor da saúde.

Ao adquirir características de vários locais do mundo, a “cidade global” não pode excluir os respectivos problemas. Cidades de Primeiro Mundo assimilam traços do Terceiro mundo como salários baixos, baixa oportunidade de emprego para os desempregados, más condições de trabalho (salários submínimos, trabalho infantil), crescimento do setor informal, expansão das mesmas condições de vida como habitações superpovoadas, deterioração das condições de saúde, educação. Enfim, segundo IANNI (1997, p. 66), “tudo isto resultando em uma marcada polarização entre a ‘cidadela’ e o ‘gueto’ ”.

Além disso, estão presentes, simultaneamente, narcotráfico e violência. Há uma ligação complexa entre vários problemas sociais e as condições de urbanização. Nesse sentido valemo-nos da obra de ENGELS (1975) para identificar e acentuar os traços de uma sociedade que vem apresentando, nos últimos 200 anos, um desenvolvimento material nunca visto, baseado numa ciência – de base capitalista - disposta a perseguir a renovação tecnológica, por vezes daquilo que nem pôde ser experimentado amplamente, atrás de lucro, enriquecimento e liberação da força de trabalho. Esse “modelo padrão” de desenvolvimento das sociedades mundiais diretamente ou não inseridos na roda capitalista e suas determinações puderam, concretamente, ser observadas por Engels na

metade do século XIX e nós as percebemos ainda hoje. Isto interessa-nos para tentarmos conceber um novo modelo de educação médica, não só ajustado à esta realidade mas disposto à mudá-la baseado na perspectiva médico-ontológica e da superação da luta de classes. Nesta trama urbana complexa na qual identificamos traços de miséria que tornam-na algo semelhante àquela do século XIX, segundo IANNI (1997, p.67) há terreno para o surgimento de grupos marginais,

“(...) principalmente nas grandes cidades, metrópoles, megalópoles e, frequentemente, nas cidades globais, [que] se localiza a subclasse: uma categoria de indivíduos, famílias, membros das mais diversas etnias e migrantes, que se encontram na condição de desempregados mais ou menos permanentes. São grupos, coletividades, bairros, vizinhanças, nos quais reúnem-se e sintetizam-se todos os principais aspectos da questão social como questão urbana: carência de habitação, recursos de saúde, educação, ausência ou precariedade de recursos sociais, econômicos, culturais para fazer face a essas carências; desemprego permanente de uns e outros, muitas vezes combinado com qualificações profissionais inadequadas às novas formas de organização técnica do processo de trabalho e produção; crise de estruturas familiares; tensões sociais permanentes, sujeitas a explodirem em crises domésticas, conflitos de vizinhança, riots(...)

e aqui nós acrescentaríamos as inúmeras formas de se adoecer, talvez a maioria, em decorrência dessa condição material da sociedade atual. E por serem “maioria”, acabam chegando a mão dos médicos, das mais variadas formas, desde pais até filhos, seja por ferimento à bala, por desnutrição, obesidade, câncer, infarto do miocárdio, síndrome da criança espancada, tentativa de suicídio, intoxicação ou abstinência em crianças, adolescentes e adultos, por *crack*, álcool, “*ecstasy*” entre outras substâncias entorpecentes, etc.

(...) Estas são algumas características da subclasse: minorias raciais, desemprego por longo tempo, falta de especialização e treinamento profissional, longa dependência do assistencialismo¹⁷², lares chefiados por mulheres, falta de uma ética do trabalho, droga, alcoolismo(...)”.(IANNI 1997, p.68).

¹⁷² Isto é o que torna “sempre” oportuna qualquer medida/ação política-assistencial, oficial ou da sociedade civil, que procura compensar-minimizar o sofrimento alheio. Entretanto, a história mostra que nunca tais medidas tiveram “fôlego” suficiente para manter a qualidade de vida de grande número de pessoas de forma sustentada, ficando restritas ao voluntariado, a solidariedade. Conhecer as raízes das necessidades de uns e da disponibilidade de outros, de modo histórico e científico, é fundamental para que ocorra uma mudança estrutural econômica necessária, ainda que parcial.

Segundo os pressupostos do pensamento *marxiano* que, mesmo sendo “atualizados” não negam a tese de uma sociedade dividida em classes, será que poderíamos inferir que a *subclasse* é um conjunto de homens vivendo "abaixo (ou talvez fora)" da estrutura de desigualdade previamente existente, isto é, em piores condições materiais que a própria classe dominada ou, desprivilegiada, no passado recente do proletariado industrial? Talvez ocorra a acentuação das más condições já existentes?

Na sociedade globalizada capitalista surgem novas e inesperadas formas de pauperismo que têm sido descritas como manifestações de pobreza, miséria, fome. São manifestações novas e renovadas do processo de empobrecimento ligadas à fábrica da sociedade. A observação de IANNI (1997, p 71) é oportuna para nossa tese que propõe uma formação médica consciente do desenvolvimento material histórico do homem, em particular no período moderno, afinal, esse desenvolvimento determinou e determina as condições concretas de realização da medicina. Os modelos teóricos e práticos e, portanto, as reformulações curriculares, têm ignorado essas transformações como se pudéssemos organizar um corpo de conhecimentos médicos à margem do processo de desenvolvimento capitalista. É preocupante o grau de alienação e ignorância dos interessados e encarregados em organizar e estruturar o ensino médico ao desconsiderarem que,

“(...) a história e os ciclos do desenvolvimento do Capitalismo são a história e ciclos de urbanização, formação de núcleos urbanos, recriação de cidades, vilas, povoados, entrepostos, centros comerciais, financeiros, urbano-industriais e outros. Talvez se possa escrever toda uma história da cidade [para nós também da medicina], acompanhando algumas épocas particularmente notáveis das transformações do Capitalismo: mercantilismo, colonialismo, imperialismo e globalização(...)¹⁷³.

¹⁷³ Nossa proposta nesta pesquisa inclui isto: identificar os fundamentos filosóficos que subsidiaram as elaborações curriculares no período moderno de intensa industrialização, em particular do século XIX ao fim do século passado, e também, dialeticamente, mostrar que o materialismo histórico e o pensamento *marxiano* que foram postos à margem desse processo educacional para prática constituem, até o presente momento, o conjunto de idéias que melhor pode ser útil para aclarar as relações entre medicina e capitalismo e efetivamente promover saúde para amplos segmentos da sociedade.

Uma história atravessada “por surtos de acumulação primitiva, revoluções agrárias e revoluções urbanas, tudo sempre expressando o desenvolvimento desigual, contraditório e combinado”.

Não podemos negar que continua a haver êxodo rural: na Ásia, África, América Latina e países “pós” socialismo, a população existente migra para cidade em busca de melhores condições de vida ou emprego. A expansão das pesquisas com alimentos transgênicos acentuará, ainda mais, este fenômeno, ao dispensar novos contingentes de trabalhadores rurais.

A globalização é um fenômeno amplo no Capitalismo e que afeta todas as dimensões da condição humana: a demografia, a pobreza, o emprego, as doenças endêmicas, o comércio de drogas e o meio ambiente. Muitos aspectos da realidade econômica adquiriram caráter transnacional devido ao avanço da tecnologia de informação. Um dos reflexos mais intensos dessa reorganização das formas de trabalho em função dos avanços tecnológicos cujo resultou em ganho de produtividade, é o desemprego estrutural.

Em 1993 já se apresentava como o maior problema a ser enfrentado pelos países industrializados: 32 milhões de pessoas sem emprego no mundo rico. Este fenômeno não excluía os países pobres, acentuando ainda mais as más condições materiais já existentes, provocadas pela progressiva consolidação de um “Estado mínimo” que substituiria um Estado que nem sempre chegou a ser do bem estar social. A contradição histórica, de acordo com o pensamento *marxiano*, mais uma vez está posta precisamente para a medicina do século XXI: milhões de desempregados, salários reduzidos, superexploração do trabalho, supermiséria e uma economia produzindo tanto quanto ou mais, porém com muito menos mão-de-obra. (IANNI, 1997). Mas um conjunto inédito de doentes e de doenças que emerge deste contexto não pode ser analisado só com os instrumentos médicos disponíveis que são rudimentares para estabelecer um diagnóstico real da situação. Para isso, será necessário uma formação em política, economia, filosofia e história, como defendemos. Mas, ainda que nossa idéia e proposta pareça utópica e então fique fora da formação profissional médica, não podemos concordar com o que ocorre hoje, isto é, a formação tradicional desprovida do recurso da análise

histórica dos problemas sociais e sua ligação direta com a medicina não considera outros elementos ale, dos biológicos na gênese das doenças.

Também é uma ótima estratégia saber como se deu a constituição da medicina atualmente praticada que é regida por uma norma formal previamente elaborada e com um objetivo final. A partir disto não fica difícil concluir que a medicina Moderna ocupou-se principalmente, em tratar dos efeitos causados pela falta de um equilíbrio das condições materiais, historicamente determinadas, isto é, tratou de cuidar da doença e da sua base morfo-funcional através dos conhecimentos em física, química e biologia, sem uma preocupação com o processo de adoecimento nas suas determinações radicais e históricas¹⁷⁴.

¹⁷⁴ SAMPAIO Jr., P. A. – “*Modelo Econômico e o Problema da Fome no Brasil*”, 2001. Durante a palestra sobre raízes da fome e o modo de combatê-la, Sampaio chamou atenção para o fato da sociedade nem sempre refletir sobre a diferença entre tratar a causa e os efeitos da fome, acabando por misturar as coisas e abordar a fome “como uma coisa só”. Para nós, a fome pode ser abordada, como no passado recente, por campanhas ou mutirões contra fome, representados pela figura do sociólogo Betinho e, hoje, através de projetos de âmbito nacional - *Projeto Fome Zero – uma proposta de segurança alimentar para o Brasil* -, além de campanhas municipais, de bairros, ONGs, etc, arrecadando alimentos para satisfação das necessidades básicas dos miseráveis. Louváveis tais atitudes. Entretanto, esta ação não exclui a necessidade de um corpo de medidas mais amplas envolvendo a transformação da estrutura política e econômica da sociedade que proporcionaria a satisfação das necessidades básicas de forma sustentada. Nesse sentido, a mesma reflexão deve servir para medicina no que se refere a tratar das doenças através de uma abordagem exclusivamente médica, pois o problema seria resolvido apenas neste âmbito, ou tratar as doenças numa perspectiva mais ampla onde a ação médica, embora não interferisse diretamente nas causas básicas, se ocuparia de tratar das doenças também como sendo efeito de um problema antigo, profundo e de dimensões históricas. A medicina então, poderia abordar as doenças e tratá-las com os instrumentos especificamente médicos, porém, a continuidade do tratamento que vai além da prevenção e cura seria mantida através da ação política do médico que se serviria de um conjunto de conhecimentos “extra” medicina para agir. Dessa forma, o conjunto de doenças ligadas às desigualdades materiais sociais receberia uma abordagem complementar àquela já existente de prevenção e cura e o médico exerceria a função de crítico ao capitalismo que promove a doença. O mesmo vale para a violência e os altos índices de criminalidade que não serão resolvidos com a melhor polícia do mundo.

O modelo médico Moderno colocou como base da doença os agentes físicos, químicos e biológicos “esquecendo-se” que sempre trabalhou e construiu seus fundamentos, inclusive ainda hoje, a partir de populações pobres e/ou miseráveis¹⁷⁵.

Afinal, quem é que procura assistência médica gratuita por que não pode pagar convênio e por que adocece mais?

De acordo com o PROJETO FOME ZERO (2001):

¹⁷⁵ LANDMANN, J. *A ética médica sem máscara*. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara dois, 1985. Cf pesquisas envolvendo seres humanos. Existem pelo menos duas implicações relevantes destas pesquisas: testes com medicamentos e equipamentos proibidos no Primeiro Mundo; subsídio financeiro par que pessoas de baixo poder aquisitivo participem das pesquisas. O autor analisa o *Código de Nuremberg* – consenso a respeito das ações médicas de pesquisa com seres humanos que originou-se a partir do tribunal de crimes de Nuremberg (1947) que condenou vários médicos diretamente envolvidos com as atrocidades durante o nazismo; e a *Declaração de Helsínqui* – tratando de orientações em relação às pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. A partir dessas normas de pesquisa e das próprias pesquisas em curso, vem à baila a discussão sobre a ética médica e os experimentos com seres humanos, que parecem ser no mínimo “três éticas”: uma “no papel” (documento oficial), uma para os países desenvolvidos e uma para os países subdesenvolvidos. Diz o autor (1985, p. 100-1-2) num tópico de seu livro - “*A repetição dos crimes de Nuremberg*” – : “*Apesar do horror [crimes nazistas] ... e resoluções éticas, as experiências e torturas continuam a ocorrer [em relação as pesquisas com seres humanos, particularmente nos países pobres]. No fim da década de 60, milhares de mulheres foram usadas como cobaias para testar pílulas anticoncepcionais, pois o fabricante Norte Americano escondeu os riscos evidentes e o órgão americano controlador (FDA – Food and Drug Administration) liberou o uso sem controle anterior. As primeiras experiências foram feitas em Porto Rico. Sabe-se que as pílulas continham doses elevadas de estrogênios, consideradas proibitivas. Estavam envolvidos nesse crime médicos ligados à pesquisa, ou doutrinados, e os meios de comunicação (de massa e do meio médico). “As mulheres do Terceiro Mundo e das minorias raciais dos EUA representam o maior contingente das que foram submetidas à experimentação”. Resultado “(...) 76 mulheres receberam placebos em lugar de pílulas e, dez delas, acreditando estarem protegidas por anticoncepcionais, engravidaram contra vontade(...).”*

Por volta de 1985, foi observado que há anos vinha sendo desenvolvida uma pesquisa no Terceiro Mundo com uma substância anticoncepcional (*Depo-Provera* e *Noristerat*) injetável, carcinogênica em animais, tudo subvencionado pela indústria produtora e com a participação de médicos (pesquisadores) e associações médicas. Os resultados seriam analisados pelo FDA “(...) para verificar se o produto pode ser usado nas madames americanas(...)” (LANDMANN, 1985).

Num simpósio médico em 1981 (Manilha) “(...) ressaltou-se que muitas das experiências realizadas no Terceiro Mundo são efetuadas com subsídios materiais advindos dos países desenvolvidos e em seu benefício exclusivo, com a utilização de cidadãos dos países em desenvolvimento para procedimentos proibidos nos primeiros. Muitas vezes estas pesquisas são realizadas oferecendo-se aos indivíduos que a elas se submetem, compensações financeiras para obter o consentimento ... forma de sustento para si e para sua família(...)”. O autor cita outras denúncias que só reforçam a existência de “mais de uma ética” e que, portanto, os códigos, as pesquisas, os conselhos e similares não podem ser vistos somente de um ponto de vista, pois há interesses econômicos que orientam-contaminam a elaboração das convenções, sem descuidar da proteção das próprias pesquisas e instituições, algumas de caráter ilegal. Uma contradição para medicina e promoção da saúde que ainda não se resolveu. LANDMANN chama atenção para talvez os principais responsáveis: “(...)Um dos aspectos mais comuns é a influência das companhias de drogas farmacêuticas ou de equipamentos que financiam, nos países em desenvolvimento, projetos proibidos no pais de origem(...)”.

“(...) O Projeto Fome Zero identificou, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) do IBGE de 1999, a existência de 9,3 milhões de famílias e 44 milhões de pessoas muito pobres (com renda abaixo de US\$ 1,00 por dia, que representa cerca de R\$ 80,00 mensais em R\$ de agosto de 2001), que foram consideradas o público potencial beneficiário deste Projeto, por estarem vulneráveis à fome. Essa população pobre representa 22% das famílias e 28% da população total do país, sendo 19% da população (ou 9 milhões) das regiões metropolitanas, 25% da população (20 milhões) das áreas urbanas não metropolitanas e 46% da população rural (15 milhões). Há uma forte concentração dessa população na Região Nordeste (50% dos pobres) e na Região Sudeste (26%). Nas demais regiões, a proporção é de 9% na Região Norte, 10% na Região Sul e 5% na Região Centro-Oeste. A renda média destas famílias é de R\$ 48,61 em R\$ de agosto de 2001), ou seja, menos de 10% da renda dos não pobres(...)”.

Quem, em sã consciência, pode admitir que qualquer homem (ainda!) vivo, possa ter um desenvolvimento neuropsicomotor minimamente satisfatório nestas condições ao longo da vida? De acordo com os estudos do câncer que apresentamos, podemos supor que muitos destes miseráveis, naquelas condições de saúde, morrerão.

Mas há quem acredite que a assistência primária predominante e em larga escala, em conjunto ou não com a assistência terciária, possam responder pela maior parte da demanda por saúde destas pessoas. Isto é ótimo para os governos em consonância com as políticas neoliberais e melhor ainda para os “guardiões do capital”, porém é péssimo para o povo que novamente é iludido ao receber tratamento para os males decorrentes das más condições materiais em que vive e, finalmente, também ruim para o desenvolvimento de uma medicina afinada com a transformação da sociedade e com a liberdade e autonomia de uma nação.

Ninguém nega que a doença possa acometer qualquer indivíduo, entretanto sabidamente, a doença prefere os desprivilegiados que, em decorrência das condições materiais em que vivem, adoecem mais e, por sempre terem sido a maioria ao longo da história, acabam servindo de base para os estudos médicos.

A proposta de “humanizar” a medicina que hoje move, apaixonadamente, vários grupos ligados ou não à educação médica talvez tenham surgido em decorrência desta situação deprimente: tecnologia médica avançada, médicos altamente especializados, diante de uma população miserável que nem sempre come, mas procura fielmente tratar suas doenças. Sem elementos teóricos para ao menos subsidiar uma reflexão ampla,

resta aos envolvidos com a assistência à saúde comportarem-se solidariamente, humanamente!

Entretanto, parece-nos, mais um equívoco interpretativo das raízes da medicina capitalista ou moderna que ainda está presa a idéia de sacerdócio e ignora que a medicina é política, é economia, é transformação. A medicina que propomos nega sua exclusiva importância curativa duradoura e afirma sua importância radical como organizadora do bem-estar social, ou seja, procura desvendar não só as verdadeiras causas diretas de adoecimento e morte, para tentar evitá-las, mas procura aclarar as relações complexas que os homens constroem em sociedade e que os torna doentes e “aptos” a morrer.

A medicina proposta hoje do tipo “humanizada” está muito mais ligada à inserção de um profissional nas Unidades de Saúde da periferia das metrópoles e “cidades novas” (IANNI, 1997) com o intuito de “escudo ideológico”, bode expiatório para a classe dominante.

Nalgumas vezes adota um comportamento semelhante ao dos monges medievais, porém, naquele período, faltava ao homem o desenvolvimento do pensamento de base racional iluminista e principalmente a evolução das condições materiais. Hoje tal corpo de conhecimentos não falta ao médico, mas falta-lhe desenvolver áreas cerebrais, ou do intelecto, ligadas ao pensamento crítico-reflexivo, e que não parecem ocorrer com o uso de medicamentos ou terapias específicas. Esta capacidade intelectual não será desenvolvida a partir dos conhecimentos existentes derivados das ciências naturais, mas acreditamos que possa ser desenvolvido a partir de conhecimentos que permitam uma abstração reflexiva e crítica, necessariamente orientada pelas condições concretas do cotidiano.

Na perspectiva da classe dominante cabe ao médico e à medicina estritamente através das práticas médicas e paramédicas, promover saúde. Porém, num sentido mais amplo, o médico não pode oferecer saúde se ficar restrito à medicina. Afinal, a saúde depende, radicalmente e num longo prazo, da melhoria das condições materiais da população.

Enquanto essa consciência não é atingida, temos por um lado, o médico que atende parcialmente tanto às suas necessidades para que se realize profissionalmente,

quanto a dos seus pacientes, porém atende os detentores dos meios de produção da vida que ainda hoje enriquecem com a miséria. O fenômeno "medicalizar" a pobreza, a miséria, também pode ocorrer nos países de Primeiro Mundo onde vem ocorrendo a “Terceiro Mundialização”, outra expressão das transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que acompanham a globalização nas regiões desenvolvidas. Isto mostra como as desigualdades que se encontravam, ou pareciam represadas no “Terceiro Mundo”, logo se manifestaram também no “Primeiro Mundo”, prova cabal dos efeitos generalizados do neoliberalismo. A expressão “cidade terceiro mundo” além de incluir imigração deve incluir o resultado da reestruturação econômica:

“(…) perda da manufatura de salários altos, sem a correspondente oportunidade de emprego para os trabalhadores desempregados; a expansão da indústria de salários baixos; a criação de condições de trabalho do Terceiro Mundo (declínio ou não existência de padrões de trabalho e saúde, trabalho infantil, salários submínimos); a transferência de atividades produtivas das grandes empresas para pequenas, com as características de mercado de trabalho secundário: crescimento do setor informal; e a expansão das condições de vida do Terceiro Mundo (habitações superpovoadas, deterioro das condições de saúde, educação inadequada) e uma reduzida capacidade do estado para controlar a crise sócio-econômica; tudo isto resultando em uma marcada polarização entre “a cidade” e o “gueto”, o que se expressa cada vez mais nas comunidades fechadas e nos populosos bairros de Los Angeles (IANNI, 1997, p.162-3).

A ideologia neoliberal inerente ao modo pelo qual o capitalismo se instala, difunde e prolifera, é forte e poderosa. Ela determina um novo mapa do mundo que é atravessado por fluxos do capital, da tecnologia, envolvendo a produtividade, a engenharia genética, e principalmente a lucratividade, sempre em benefício da corporação transnacional. Inevitavelmente provoca o desenvolvimento de desigualdades de todos os tipos e é aí que se dá a reformulação do currículo médico, processo que não está a margem das profundas e irreversíveis transformações dessa sociedade, embora possa parecer. E um currículo elaborado com a consciência do que estas mudanças causaram e causarão na vida dos homens, não pode ter um perfil assistencialista, seja do tipo ‘terciário’ – predominante no século XX -, seja do tipo ‘primário, ou básico’ – a partir da década de 70 do mesmo.

O currículo médico, por tudo que já apresentamos, pode e deve ser “dotado” de potencial transformador-político e, estando de acordo com uma possível ontologia médica, deve engrossar os movimentos de orientação socialista que surgem no contexto do globalismo-neoliberalismo. De acordo com IANNI (1997, p. 273)

“(...) o neo-socialismo nasce direta e imediatamente das configurações e dos movimentos da sociedade civil mundial. Forma-se no jogo das relações sociais, ou no contraponto das forças sociais, que caracterizam as tensões e as contradições dessa sociedade(...)”.

Defendemos que este seja o viés interpretativo do neoliberalismo e aquele que a educação médica deve assumir. E para um diagnóstico detalhado da situação atual que possibilite estratégias eficientes, é preciso reconhecer a matriz original dessa miséria que nos liga ao passado e determina a formação médica. Somos herdeiros da *Jenny*¹⁷⁶, isto é, da matriz de um processo de desenvolvimento social que, passados pouco mais de 150 anos - tempo insignificante para humanidade-, já produziu tantas melhorias nas condições materiais, porém, não conseguiu incluir a imensa população mundial de expropriados.

A preocupação de cunho “humanista” verificada nas propostas atuais de educação médica e educação em saúde, em geral, está afinada com a ideologia da

¹⁷⁶ Nome da primeira máquina de fiar algodão inventada em 1764 por um tecelão. Segundo ENGELS (1975, p34) *“(...) Até então, na medida do possível, o fio era fiado e tecido sob o mesmo teto. Agora, visto que a Jenny, bem como o tear exigiam uma mão vigorosa, os homens também se puseram a fiar e famílias inteiras passaram a viver disso enquanto que outras, forçadas a porem de lado a arcaica e caduca roda de fiar, tiveram que viver somente de salários do pai de família, quando não possuíam meios para comprar uma Jenny(...)”*. Sucessivamente as máquinas iam sendo inventadas e aperfeiçoadas, utilizando-se a associação, por vezes, de uma invenção funcionando com a outra. Isto marcou o aparecimento do sistema de manufatura. *“(...) muitas invenções importantes tinham sido feitas em Inglaterra a partir de 1738. A Jenny de Hargreaves foi aperfeiçoada de 1769 à 1771 por Richard Arkwright, cuja máquina foi denominada de throstle Por fim em 1825, ela será substituída pela máquina automática de Richard Robert chamada self-acting-mule ou self-actor(...)”*. A importância destas máquinas duplicou graças à máquina a vapor (1764), utilizada a partir de 1785 para acionar as máquinas de fiar. Todas estas invenções *“foram decisivas para a vitória do trabalho mecânico sobre o trabalho manual nos principais setores da indústria inglesa”* desalojando trabalhadores das suas atividades. Como consequência *“(...) queda rápida dos preços de todos os produtos manufaturados, o desenvolvimento do comércio e da indústria, a conquista de quase todos os mercados estrangeiros não protegidos, o rápido crescimento dos capitais e da riqueza nacional; por outro lado, o crescimento ainda mais rápido do proletariado, a destruição de toda propriedade, de toda segurança de emprego para classe operária, desmoralização, agitação política(...)*. Compare com dados referentes à evolução quantitativa e qualitativa na produção de carros, e os efeitos desta mesma evolução na vida dos trabalhadores.

classe dominante e tem caráter paliativo. Não há preocupação em formar profissionais com suficiente envergadura intelectual e política para enfrentar tal situação que é um desafio.

Mesmo as cidades das regiões mais desenvolvidas enfrentam sérios problemas para preencher o quadro de profissionais da área da saúde (médicos ou não!), nas Unidades de Saúde (assistência primária). Um dos motivos é a violência na periferia.

Sem considerar o aspecto ideológico da propaganda do governo federal atual que estimula o Programa Saúde da Família e a ida de médicos para o interior do Brasil, o que faria um médico numa Unidade de Saúde da periferia ou mesmo num hospital, consultório, etc, sem entender como aquela grande massa de pessoas se constituíram materialmente e por que lhe procuram? Qual a origem dos males de grande parte destes indivíduos? O que acrescenta ao paciente, ao médico e à sociedade a garantia de assistência médica gratuita, o remédio genérico gratuito ou mais barato, e mesmo o acesso aos arsenais médicos de alta tecnologia¹⁷⁷, se não são garantidos aos pacientes direito à alimentação, moradia, tratamento de água e esgoto, lazer, etc, todos eles benefícios e direitos conquistados pelo homem moderno?

¹⁷⁷ Estas necessidades assistenciais não foram satisfeitas para a maioria da população.

CAPÍTULO II

DISCUTINDO ALGUNS FUNDAMENTOS DO PROJETO CINAEM¹

Após definirmos um referencial filosófico para medicina no período moderno, coube-nos a tarefa de confrontá-lo com outros referenciais que vem orientando as principais mudanças na educação médica neste mesmo período, entretanto, dando maior relevância ao período correspondente à segunda metade do século XX.

Mas, é importante, primeiramente, nos perguntarmos por que a educação médica passou a ser objeto de revisão formal a partir da década de 60 do século passado. É claro que não se trata de uma resposta simples e exata, como defendem alguns. Ao contrário, há tamanho imbricamento da medicina com vários setores da sociedade que alguns motivadores que podem ser considerados como primordiais são: crescimento urbano mundial após a década de 50 do século XX, determinado,

¹ PICCINI, RX; FACCHINI, LA.; SANTOS, RC (Orgs). *PROJETO CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira*. Projeto CINAEM III fase / Relatório 1999-2000 / CINAEM, Pelotas: UFPel, 2000 (agosto). O Projeto CINAEM reuniu entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica universitária e de setores da medicina, com o objetivo principal de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil. O projeto constituiu-se de três fases. A primeira fase trabalhou com 76 escolas médicas do Brasil. Através de resposta a um questionário auto-aplicado elaborado pelo CINAEM, as diversas escolas revelaram seu desempenho frente a um “padrão desejado”. A segunda fase trabalhou com 48 escolas médicas brasileiras e a partir das revelações da primeira fase discutiu e debateu, através de oficinas de trabalho com representantes do corpo discente e docente das escolas, a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica. A terceira fase teve como objetivo a “concretização” das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico. Através destes eventos e da formação de alguns grupos de trabalho contando com a participação ativa das escolas médicas e de consultores nacionais e internacionais foram definidos princípios e instrumentos para um novo modelo pedagógico para o ensino médico brasileiro.

sobretudo, pela franca industrialização e que, diferente do previsto, não trouxe crescimento econômico e desenvolvimento como previsto, fazendo com que aumentasse, ainda mais, a população de miseráveis no mundo. Sabidamente são estes homens que hoje, século XXI, procuram e mais precisam de assistência médica. Além disto, no pós-guerra surge o herdeiro direto complexo bélico-industrial – o complexo médico industrial - que irá acentuar e determinar a influência dos avanços tecnológicos e científicos na educação e assistência médicas. E numa perspectiva histórica, não podemos deixar de lado a AIDS que embora tenha surgido recentemente, já adquiriu proporções epidêmicas fazendo com que seja uma preocupação médico-social relevante na hora de organizar novos currículos de medicina. Também devemos incluir a influência do social comunismo na organização dos sistemas nacionais de saúde das economias capitalistas e o rearranjo do capitalismo no pós-guerra com resgate explícito do “novo” liberalismo que, progressivamente, vai opondo-se ao fortalecimento do Estado-Providência. Portanto, é neste cenário que surgem os determinantes da reorganização do ensino e da prática da medicina que, neste caso, devem ser considerados na eleição do conhecimento necessário para formar médicos.

Não nos interessa, neste momento, analisar detalhadamente vários modelos de currículo, mas, sim, encontrar e definir o referencial teórico e filosófico que orientou a elaboração dos mesmos.

O Projeto CINAEM pode ser considerado a referência nacional para orientar as mudanças curriculares no curso de medicina, preconizadas e manifestadas previamente no Projeto EMA. É importante lembrar que ambos projetos são manifestações de um movimento mundial de reformulação da educação médica preocupado, entre outras coisas, principalmente com o uso excessivo da tecnologia pela medicina mercantilizando-a, com a especialização médica e a impessoalidade na relação médico-paciente que daquela originou-se, com o excessivo assistencialismo médico baseado no hospital e a falta de alcance de milhões de pessoas.

Como se trata de tarefa inviável neste momento, o que fizemos então foi discutir o embasamento das proposições motivadoras das mudanças tidas como necessárias na educação médica e no presente momento. Das análises é possível

definir o que realmente fundamenta este projeto que se propõe a alavancar a transformação na educação médica brasileira. Há inúmeros elementos burocráticos, administrativos e institucionais que são importantes e merecem análises detalhadas.

Nem sempre são explícitos os pressupostos filosóficos de algumas propostas ou grupos de trabalho e, decorre disto a necessidade de fazermos análises de congressos, seminários e obras onde haja a participação multidisciplinar e/ou de múltiplos médicos e educadores.

A avaliação dos seminários e palestras apresentados, na nossa interpretação, mostra algo preocupante precisamente quando se procura definições claras e que simultaneamente sirvam como elementos agregadores sobre um tema que vem suscitando muito debate como a educação médica e, em particular, o currículo médico, já há um bom tempo.

A opção por um referencial teórico e filosófico para se desenvolver a análise crítica de um tema nos parece fundamental, assim como é um trabalho desgastante, mas que deve anteceder as tarefas técnicas e metodológicas de reorganização teórica formal.

Embora se admita que o currículo venha sendo tratado de forma "multidisciplinar", na realidade o que tem ocorrido é uma análise compartimentada das várias áreas do conhecimento que têm interface com a medicina, tanto no ensino quanto na prática, o que não significa que estas áreas estabeleçam entre si um elemento fundamental, agregador e conciliador que oriente as ações das “múltiplas disciplinas” na promoção da saúde a partir de ações coletivas. Verificamos que não tem sido feita a análise da medicina vinculada à análise da construção material histórica da sociedade.

Esta prática usual tem feito com que as ações governamentais-institucionais ligadas ao ensino e a prática médica deixem de ser tomadas como meio, isto é, como instrumento de execução para se alcançar um patamar de saúde humana de acordo com a própria evolução da humanidade.

O exemplo que tomamos logo abaixo nos serve para compreender o que vem ocorrendo no campo da educação médica nos últimos anos. Baseados em dois eventos

oficiais² sobre educação médica, separados por um intervalo de quatro anos, pudemos recolher manifestações que expressam segmentos do pensamento médico.

“(...) Eu devo confessar uma coisa, apesar de ter sido membro da primeira comissão examinadora aqui em Campinas e de lecionar em faculdades de medicina há mais de 35 anos, se alguém me perguntar o que o estudante de medicina precisa saber, a minha resposta é ‘eu não tenho a mínima idéia’. Todavia eu sei duas coisas com certeza, quase certeza. Primeiro, o que ele sabe hoje não é o que ele vai precisar saber amanhã. O desenvolvimento da medicina e da ciência biológica é tão vertiginoso hoje que é praticamente impossível se prever qual é o conhecimento mínimo que o estudante de medicina tem que ter para exercer sua profissão no futuro. A minha segunda certeza é que o estudante de medicina, ou o médico, para se manter atualizado, vai ter que aprender a obter informação de uma forma rápida e eficiente. Estes são os dois princípios básicos que guiam e norteiam a mudança do currículo médico nos termos modernos e nenhuma faculdade de medicina vai escapar disto (...)”³.

Mas, ele estará realmente certo? Em quais fundamentos apóia-se para expressar-se? Quais são suas razões e elas podem servir aos vários indivíduos envolvidos no processo educacional médico?

A idéia hoje muito difundida é essa mesma: produção de conhecimento para ser “conhecido” e explorado. Entretanto, esta produção científica-intelectual não afasta ou descarta a necessidade de transmitir aos alunos conhecimentos que fundamentam a medicina e que também devem orientar as organizações e reorganizações curriculares. Neste sentido a tarefa de mudança do currículo médico não pode ser feita de modo restrito ao campo da medicina, mas deve permitir o incurso de outras áreas do conhecimento que “ajudem-na” a transformar-se integrada às reais necessidades da sociedade.

Por isso, tentar responder estas questões ou ao menos fornecer subsídios teóricos para que os indivíduos envolvidos no processo de educação médica reflitam e sintam-se forçados a posicionarem-se sobre que rumo adotar é uma tarefa importante, ainda não cumprida e que nos propomos a fazer no espaço desta pesquisa. Os referenciais filosóficos e seus pressupostos conceituais teóricos, científicos devem

²Seminário sobre Graduação em Medicina realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP -nov/1998) e 3º Congresso Paulista de Ensino Médico - UNICAMP (maio/2002).

³ MAACK, Thomas. *Reforma Curricular do Curso Médico da Universidade de Cornell*. Revista FCM Unicamp – edição especial, 2000, III(1), p.27.

permitir que cada um faça sua opção e então defenda-a, contribuindo para a elaboração de um currículo médico adequado às nossas necessidades.

Respeitando nossas limitações e as deste trabalho, este capítulo pretende ser um espaço para discussão das principais tendências mundiais da educação médica no período moderno, ressaltando as particularidades brasileiras. Tal tarefa exigiu que usássemos aquilo que representa um consenso nacional sobre os rumos sugeridos para a educação médica, no caso o Projeto CINAEM.

Se tomarmos como exemplo os dois eventos oficiais, já citados, sobre educação médica não há como negar que o tema “currículo médico” ainda continua cercado de dúvidas sobre qual o caminho a ser seguido para formar um médico de acordo com a realidade do século XXI, que já foi admitida como inevitável e pronta, cabendo à medicina ajustar-se a ela. Quando, entretanto, diante do nosso referencial filosófico se admite que há um consenso médico, educacional e assistencial, implícito em “adequação à realidade”, inevitavelmente surge nossa primeira divergência conceitual radical.

Enquanto a nova realidade do século XXI vai sendo aceita como já estabelecida, sem questionamento das suas raízes, principalmente no Terceiro Mundo, e recebe intervenção das novas ações médicas retiradas de seminários, congressos, etc, nós, por outro lado, acreditamos ser tarefa da própria medicina intervir diretamente na construção do cotidiano de cada indivíduo. Apesar da complexidade do tema, há insistência em tratá-lo estritamente nos limites tanto institucionais quanto do conhecimento médico e não raramente pelos mesmos personagens. Não é raro se repetirem as listas de palestrantes nos eventos sobre educação médica. Em alguns momentos os debates e a produção de conhecimentos transferem um grau de “esoterismo” ao tema. Isto depõe contra a possibilidade de serem feitas análises e mudanças na educação médica de modo articulado às profundas transformações econômicas, políticas e sociais que vem ocorrendo nas últimas décadas no mundo e, em particular, no Brasil.

Consideramos que o Projeto CINAEM, assim como o prévio Projeto EMA⁴, expressam, no campo da educação e da assistência médicas, desde a década de 70 do

⁴ ROSA, A.R. & CHAVES, M. organizadores. *Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez editora, 1990.

século XX, uma etapa no processo de rearranjo do capital mundial que vem sendo desenhada desde a década de 60 do mesmo, caracterizando-se pela recuperação do ideário do liberalismo, pelas leis do mercado sem interferência à livre concorrência. A proposta de assistência médica para população em geral – *universalidade* -, vai sofrendo sucessivos ajustes influenciados pelos regimes ditatoriais e pelos movimentos contra ditadura espalhados pela América Latina. Em curso ocorre a progressiva reorganização do sistema de saúde mundial com a retirada da “excessiva” influência estatal mais evidente a partir da década de 80 do século XX nos governos de Ronald Reagan (EUA) e Margareth Thatcher (Inglaterra)⁵: a descentralização não é um fenômeno latino-americano, ou brasileiro.

No Brasil, é durante o governo de Cardoso (1995-2002) que estas mudanças, em curso desde a década de 80 do século XX, passam a ser concretizadas. Percebemos talvez dois fenômenos nesta proposta: o primeiro mostra que vai fortalecendo-se a idéia de “des- tecnologizar” o ensino e a assistência médica, e a proposta de levar a equipe de saúde – com e sem médico, mas de preferência com ele! -, para dar assistência às populações carentes que vivem na periferia das cidades ou, em locais afastados do Brasil influenciarão decisivamente a formação médica. Esta estratégia fortalece a idéia de “des-hospitalização”, ou de que a assistência médica pode e deve ser feita não com exclusividade nos hospitais. Na década de 90 esta proposta concretizou-se e a vinculação da assistência primária à formação do médico tornou-se imprescindível nos currículos de medicina desde os primeiros anos da graduação. Nós acreditamos que esta medida, tomada de forma isolada e sem que haja uma preparo intelectual e político mínimo a fim de que o médico, ou o aluno, compreendam o significado de sua presença e da sua atividade profissional assistencial junto às populações, serve como medida assistencialista e não transformadora⁶.

⁵ BRUNHOFF, S. *A hora do mercado: crítica do liberalismo* São Paulo: Ed Unesp, 1991. HOBBSBAWN, E. *A Era dos Extremos: O breve século XX, 1914-1991*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

⁶ CEBES. *Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1984. Mesmo com objetivos definidos para a implantação de um sistema nacional de saúde na ocasião da revolução socialista cubana, existiram dificuldades na implantação do modelo de assistência médica priorizando os serviços na rede primária.

O histórico do Projeto CINAEM⁷ demonstra que em 1991 entidades dedicadas ao ensino universitário, em geral, e na área médica, em particular, propuseram-se a reformular o ensino médico. Participaram, inicialmente, entidades representativas de docentes e discentes das universidades; entidades associativas – ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico), etc.; entidades sindicais – Sindicato dos médicos e entidades reguladoras – Conselho Federal Medicina (CFM) e conselhos regionais de medicina (CRMs). Posteriormente, em 1999, foram incluídos nesta participação o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Municípios (CONASEMS).

É necessário e fundamental nos perguntarmos como e por que os municípios foram parar num projeto educacional para formação de médicos, isto é, formação de recursos humanos em saúde. Já na década de 80 fora feita a descentralização do sistema único de saúde (criação do SUDS) sob orientação do Banco Mundial com intuito de melhorar a relação custo benefício do sistema de saúde ampliando a assistência aos mais pobres e excluindo os não pobres. Neste momento o governo federal divide a responsabilidade da assistência à saúde com os estados e municípios. Tratava-se, também, de um mecanismo para vencer a corrupção e a burocracia, além de favorecer o crescimento da assistência privada, mesmo que na contra da constituição brasileira.

Em 1995 o Banco Mundial propõe novas reformas para o sistema de saúde, já modificado na década de 80, a saber: a redefinição do papel dos estados e municípios com aumento da responsabilidade destes em relação ao governo federal que passa a ter uma responsabilidade fixada; a contenção de custos através da restrição do acesso; uma nova revisão dos papéis dos setores públicos e privados na assistência à saúde com críticas explícitas aos moldes de regulamentação da constituição brasileira; e a retomada das ações integradas de saúde.

Nas discussões propostas pelos técnicos do Banco Mundial sobre as funções assistenciais de saúde do setor público e do privado, percebe-se o incentivo dado ao setor privado e críticas ao modelo de saúde público vigente que, além de burocrático e corrupto, presta serviços excessivamente de base hospitalar, oferece atendimento

⁷ PICCINI, RX et al. *Projeto CINAEM*, 2000.

ambulatorial muito especializado, gasta muito com procedimentos de alta tecnologia e pouco com promoção e prevenção. Uma agenda é preparada de acordo com o Banco Mundial com sugestões para o racionamento da atenção médica e o controle de custos no setor da saúde - *“A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”* -, e seu conteúdo permeará as discussões sobre a educação médica (RIZZOTTO 2000, p160).

De acordo com RIZZOTTO (2000, p 198), a reforma institucional do Estado Brasileiro teria como suporte oito princípios: desburocratização, descentralização, transparência, *accountability* (avaliação de resultados), ética, profissionalismo, competitividade e enfoque no cidadão. Há semelhança excessiva entre as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde para a reforma do setor da saúde e aquelas explicitadas pelo Banco Mundial, para não dizer que se trata de

“(...) uma resposta pragmática às críticas e recomendações daquela instituição. Contudo, não se pode afirmar que haja um alinhamento e aceitação incondicional das propostas do Banco Mundial. Porém, é evidente que quanto mais o governo mostrar que as políticas nacionais se aproximam das diretrizes gerais que configuram o atual quadro de desenvolvimento do capitalismo internacional, mais facilmente se conseguirá respaldo político internacional e aprovação dos empréstimos pleiteados. (...)”(RIZZOTTO 2000, p200).

De acordo com a *Norma Operacional Básica* (NOB – SUS 01/96) foram definidas as condições de gestão dos municípios transferindo-lhes a responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos. Portanto, é através da participação deste conselho num projeto educacional nacional que se cria mecanismos de ajustes no processo de formação profissional com o intuito de facilitar a inserção dos médicos preferencialmente nos serviços de assistência primária, tanto nas metrópoles quanto no interior do Brasil.

Dessa forma, esta inserção desde 1999 está ligada à reorganização do cenário econômico mundial onde o setor saúde ganha importância tanto no combate à pobreza, quanto no controle dos gastos do Estado (Providência). Aqui o gerenciamento dos recursos passa a ser imprescindível inclusive sob a alegação de má gestão pública. No decorrer das décadas de 80 e 90 o neoliberalismo vai incrementando-se e daí a importância econômica do tema que gradativamente vai recebendo um embasamento

político, ideológico e filosófico, nem sempre coincidentes com aqueles que representam as necessidades materiais sociais.

O segundo fenômeno é o de que os governos ditatoriais propuseram-se a “assistir medicamente” as populações vindas da zona rural para trabalhar na indústria sem, no entanto, lhes proporcionar melhores condições materiais de vida - alimentação, moradia, transporte, poder aquisitivo, etc. A privação material que o homem tem se sujeitado desde os primórdios da sociedade moderna e da revolução industrial inglesa persiste, sob matizes distintos, como mostra a favelização apesar do enriquecimento material possível. E, em particular, na América Latina, apesar do fim das ditaduras militares, a postura de oferecer assistência médica à população sem oferecer condições materiais de vida suficientes, mínimas é mais evidente apesar dos exemplos modernos, alguns muito recentes (ALLENDE -Chile, NYERERE – África; Cuba pós-revolução socialista), de que a melhoria das condições materiais de vida deve ser no mínimo simultânea a organização da assistência médica, ou ser prioridade. E, sabidamente, o processo educacional para formar novos médicos sofre influência destas transformações.

Estas relações de interdependência, determinação e prioridade parecem ter sido forçadas a cair no esquecimento durante o século XX através de mecanismos ideológicos do tipo “humanização e destecnologização da medicina”, ou de forma violenta e repressora como ocorrido no Chile. Em ambas as situações houve o patrocínio da indústria capitalista, principalmente para nós latino-americanos, principalmente após a década de 60.

A visão de que todas as doenças e a morte podem ser explicadas por um agente definido a ser exterminado através de uma droga, de uma extirpação, de uma correção cirúrgica, uma prótese, etc.⁸, prevaleceu, ignorando-se ou desvalorizando-se a idéia de que a doença possui vários determinantes que interagem entre si e com o hospedeiro. Talvez os determinantes pudessem ser divididos entre “causais imediatos” – objeto principal de ensino e pesquisa da ciência moderna –, e “causais de base” – esquecidos, ou pouco valorizados pela medicina que deixa de exercer influência decisiva sobre os governos e órgãos responsáveis pelas diretrizes econômicas e assistenciais.

⁸ WAITZKIN, H. *A marxist view of medical care.* Ann Intern Med 1978 89 (2) – 264-278.

A crítica ao ensino médico baseado no “modelo *flexneriano*”⁹ apóia-se no fato de que há valorização excessiva dos determinantes causais imediatos, diretos, através da biotecnologia. A falta de compreensão e visão das instituições voltadas para educação médica assume um caráter ideológico interessante no contexto econômico neoliberal que não lhes permite enxergar este modelo de ensino como parte das transformações sociais do fim do século XIX, tratando-se, portanto, de um modelo historicamente possível de formação profissional útil ao exercício cotidiano da medicina, mas também necessário para que houvesse incorporação dos avanços científicos tecnológicos provenientes do

⁹ BERLINER, H.S. *A larger perspective on the FLEXNER Report*. International Journal of the health services. 1975 5 (4): 513-592. O autor sugere que relatório seja analisado na dinâmica da sociedade americana e suas necessidades na virada do século XIX para o século XX. O que marcou os últimos 25 anos do século XIX nos EUA foram violentos distúrbios, rivalidade e disputa social. Com o crescimento da indústria, desde a Guerra Civil, novas corporações formaram-se sendo acompanhadas por drásticas mudanças nas relações sociais. Esta nova ordem de corporações teve efeito mais visível sobre três grupos na América: o proletariado urbano, os fazendeiros/agricultores e a classe média. Neste período a classe capitalista o vê como forma de melhorar as contradições que afetavam a medicina, permitindo que tenha dramática influência em todo pensamento relacionado à medicina e a educação médica nos Estados Unidos e Canadá. A resposta da classe capitalista, como era esperada, manifestou-se através da transformação de problemas sociais em problemas técnicos. A versão europeia também teve grande efeito sobre a educação médica. Hoje, após quase 90 anos da sua elaboração, ele está presente nas discussões sobre educação médica como forma daquilo que a “medicina não deve seguir”, diferente do que ocorreu até a década de 70 do século XX. No período em que surgiu, o Relatório FLEXNER era apenas o resultado de um forte desejo do conjunto social por algo que padronizasse de forma aceitável o sistema de educação médica vigente nos EUA e Canadá. Essencialmente, o Relatório FLEXNER tirou das mãos dos profissionais liberais (médicos clínicos) o controle da educação médica que neste caso se restringia a um aprendizado onde o aluno recebia conhecimentos profissionais enquanto trabalhava com um médico, e colocou-a nas universidades onde a garantia da qualidade, presumivelmente, poderia ser garantida. As disciplinas surgem neste contexto e seu ensino reconhecido se dá nas universidades. Este relatório teve talvez o maior e mais profundo efeito na educação médica que qualquer outro já criado. Enfim, talvez os principais efeitos deste relatório sejam: 1) encorajamento da adoção de quatro anos de escola médica no currículo; 2) a introdução de exercícios de ensino no laboratório e a melhoria na qualidade da instrução através do uso de tempo integral na faculdade; 3) expansão do ensino de clínica através de departamentos obrigatórios de clínica; 4) trouxe as escolas médicas para a trama das universidades; 5) incorporou a pesquisa no programa de ensino de forma diferente do padrão existente em muitos países onde os programas de pesquisa locavam-se em institutos. Por tudo que representou e ainda pode representar na qualificação da educação e assistência médica, o relatório não deve ser analisado de forma superficial como símbolo da “excessiva” vinculação da medicina à tecnologia e deve ser encarado como resultado de um processo social-histórico mais amplo, envolvendo toda relação entre medicina e a sociedade e não só como resultado exclusivo da relação entre medicina e a educação médica. E por serem limitadas, “a-históricas” e estreitas tais explicações das causas do surgimento do Relatório FLEXNER elas não podem explicar, ou não contemplam nas suas explicações e justificativas, o patrocínio da CARNEGIE FOUNDATION e da FUNDAÇÃO ROCKEFELLER na sua elaboração e incentivo na implementação. O que distingue o Relatório FLEXNER dos demais relatórios e estudos é o fato de que sua implementação e recomendação foi financiada por um conjunto de fundações. Em 1934, nove grandes fundações deram 154 milhões de dólares para reforma da educação médica baseada nas linhas de FLEXNER. O conselho geral de educação da FUNDAÇÃO ROCKEFELLER contribuiu com quase 66 milhões de dólares para nove escolas neste período. O relatório parece ter sido esquecido nos locais onde não houve financiamento expressivo.

avanço nas ciências básicas (ciências naturais). O relatório FLEXNER que orientou modificações curriculares surgiu num período de crescente industrialização e urbanização e num momento de falta de cientificidade médica diante de grandes avanços nas ciências naturais, que podiam ser absorvidos. Este conjunto de fenômenos modificava o padrão de vida dos homens, mudando também o modo como passaram a adoecer e morrer. E, certamente, a maior possibilidade de alguém morrer no início do século XX, não era não por velhice, mesmo em sociedades avançadas!

Hoje este complexo processo histórico em que a medicina está presente, merece uma redefinição e compreensão, porém sem o caráter moralista ideológico atual que permeia os ministérios da educação e da saúde e suas ramificações que ignoram o fato do Relatório FLEXNER¹⁰ ter sido uma tendência médica hegemônica naquele período. A postura adotada hoje e sugerida há tempos pelo Banco Mundial tem um viés perigoso que é o de “jogar fora” todo instrumental para pesquisa construído ao longo do século XX.

Nas décadas de 80 e 90 do século passado, a reunião de segmentos sociais distintos para dar novos rumos à formação médica não pode ser admitida como resultado da conscientização mais ampla de que ela não é responsabilidade exclusiva da escola médica, mas também do Estado e da sociedade civil, como preconiza, nas entrelinhas, os boletins técnicos do Banco Mundial. Há interesse econômico dos governos nestas reformulações que é determinado pelo capital mundial¹¹ como demonstra o crescente fortalecimento do setor privado na assistência médica que força o pagamento daqueles que não podem esperar por assistência pública, gratuita e completa. Os efeitos das medidas nos setores de saúde público e privado, sugeridas pelo Banco Mundial e aceitas quase integralmente pelo governo brasileiro sem considerar as condições materiais históricas da população brasileira têm repercussões profundas no dia a dia dos cidadãos, profissionais da saúde não.

Em janeiro de 2000 o Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) publicou a seguinte reportagem: “Entidades reagem contra diminuição dos honorários médicos”.

¹⁰ BERLINER, Loc. cit

¹¹ BRUNHOFF, 1991.

Tratava-se de um movimento formado por entidades médicas do Estado de São Paulo (CREMESP, Associação Paulista de Medicina (APM) e Sindicato dos Médicos) juntamente com Associação Médica Brasileira (AMB), além de representantes de entidades de defesa do consumidor (IDEC – Instituto Brasileiro de defesa do consumidor; PROCON) alertando contra a diminuição dos honorários médicos praticados pelas operadoras de planos de saúde e seguros de saúde. Interpondo-se entre usuários, pagantes de mensalidades cada vez mais altas, e médicos, com remuneração congelada há quatro anos e com o valor das mensalidades e dos procedimentos sendo progressivamente reduzidos, encontravam-se as empresas ligadas ao setor de saúde. Elas alegavam que os responsáveis por este cenário era a regulamentação do setor e a crise econômica no país. O movimento uniu usuários e médicos para que ambos tivessem, respectivamente, acesso amplo e irrestrito aos procedimentos e avanços científicos necessários para tratamento de doenças e condições de trabalho incluindo remuneração adequada.

Em 1997 um estudo da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) para subsidiar as negociações de honorários entre entidades médicas e empresas representativas de planos de saúde de autogestão mostrava que o preço mínimo de uma consulta deveria ser R\$ 29,00 e o custo mensal de um consultório padrão foi estimado em R\$ 5.179,00. Entretanto ocorria o seguinte nesta mesma ocasião:

a) “*Samcil*” reduz consulta de R\$ 16,00 para R\$ 10,50 sob alegação da reestruturação imposta pela regulamentação dos planos de saúde. Além disso, argumentava que atendendo 4 consultas/hora, 8 horas/dia, no valor de R\$ 10,50, ao final de 1 mês de trabalho a receita seria de R\$ 7000,00. Contra tal alegação defendiam-se os médicos afirmando que nestes cálculos não eram considerados as despesas de manutenção com o consultório e retornos de pacientes que não eram cobrados;

b) “*Marítima*”: descontos de 20% - tratava-se de desconto padronizado sobre todos os honorários correspondentes a serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT). Uma consulta que valia R\$ 54,00 passou a valer R\$ 24,50. O primeiro setor a denunciar esta situação foi o Colégio Brasileiro de Radiologistas.

c) “*IAMF – Instituto Municipal de Assistência aos Funcionários Públicos de São Bernardo do Campo*” – “Só quatro consultas por ano”. Tratava-se da diminuição dos

honorários de planos de autogestão que mantinham um plano de saúde para 27 mil usuários. O valor pago pela consulta médica reduziu de R\$ 25,00 para R\$ 15,00. Além disso, cada usuário passaria a ter direito somente a 4 consultas por ano. Médicos insatisfeitos eram facilmente substituídos por outros;

d) “*Amil oferece pacotes*”: Uma empresa que realiza 450 mil consultas/mês, tem 8,5 mil médicos credenciados e, embora não reduzisse o valor da consulta, vinha praticando a glosa: desconto de 10 à 15% no pagamento do procedimento pago após 40 dias da sua realização. A política do “pacote” implica em dar ao médico um determinado valor fechado para ele gerir (consultas, exames e procedimentos);

Mas há o outro lado desta mesma moeda: insatisfação dos usuários - “Procon recebeu milhares de denúncias”

Foram 11.963 denúncias contra planos de saúde no período de janeiro a outubro de 1999. No ranking das reclamações, o setor saúde privada ficava atrás do setor de telefonia e à frente do setor educacional (escolas particulares), bancos e serviços públicos (água e esgoto, etc.). As principais queixas eram

- reajustes abusivos: 998 consultas e 556 denúncias formais;
- rescisões, substituições e alterações de contrato: 1480 consultas, 187 denúncias;
- restrição de coberturas e negação de atendimento: 3662 consultas e 780 denúncias

O resultado dessa situação foi a criação da Agência de Saúde Suplementar em finalidade de mediar a relação triplíce entre usuários-médicos-planos de saúde.

Por volta de junho de 2000¹², a campanha contra empresas de planos de saúde e similares ganha força com audiências no ministério da justiça além de campanhas nacionais prevenindo os usuários contra os abusos das mesmas e a instituição de multas contra as operadoras de planos de saúde que adotassem medidas unilaterais prejudicando usuários e prestadores de serviços. Nesta mesma ocasião¹³, empresas pagavam R\$ 10,00 /consulta apesar de terem reajustado as mensalidades dos usuários.

¹² Jornal Cremesp, agosto de 2000.

¹³ Jornal da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, julho de 2000.

Algumas chegavam a ameaçar com diminuição do valor da consulta e desligamento sumário do plano, os médicos que excedessem a solicitação de exames ou o tempo de consulta em 15 minutos, que internassem seus pacientes em bons hospitais, entre outras coisas. Reduzir custos de procedimentos médicos e aumentar os custos dos convênios restringindo a cobertura dos usuários tornou-se prática comum das empresas de planos de saúde interessadas num lucro fácil sob alegação de que através de um gerenciamento da assistência poder-se-ia oferecer serviço de saúde de melhor qualidade aos usuários por um custo menor (*managed care* ou atendimento gerenciado). Esta frustrada fórmula americana provocou a insatisfação de usuários, pois na realidade só prestavam menos serviços ao paciente maximizando o lucro.

Esse gerenciamento tornou-se tão interessante para empresas de planos de saúde que algumas conseguem oferecer serviços “de qualidade” aos usuários pagando aos médicos, por consulta, o valor de R\$ 8,00. O SUS (Sistema único de Saúde) pagava na mesma ocasião R\$ 2,50 /consulta.

Em Novembro de 2000 (Jornal CREMESP), o CREMESP apresentou dados da pesquisa (1998) - "Perfil dos Médicos no Brasil" - identificando o estabelecimento de novas relações de trabalho médico. Nesta ocasião verificou-se que 20% dos médicos exerciam apenas uma atividade profissional, sendo que o restante apresentava mais de um emprego (multiemprego). As formas assalariadas (empregados com carteira assinada - "CLT", empregados regidos pela consolidação das leis do trabalho; funcionários públicos; estatutários e empregados sem carteira) eram predominantes¹⁴.

¹⁴ Os efeitos do fortalecimento do setor privado atingem amplamente a sociedade e de forma cada vez mais complexa, portanto, é imprescindível que sejam desvendados os efeitos destas políticas para o setor de saúde, que já vem sendo desenhadas, no mínimo, desde meados da década de 70 do século XX. As repercussões sobre a formação e aprimoramento médico e seu desempenho profissional junto à coletividade são indiscutíveis. Como podemos notar, em 13 de abril de 2000 era publicada no Diário Oficial do Estado a *Resolução* que focalizava a prevenção dos riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos relacionados ao exercício cotidiano da medicina, além de dar ênfase aos aspectos psicossociais. Considerava-se, na ocasião, que a atividade médica está exposta a riscos determinados pela precariedade do sistema de saúde no qual o médico está inserido, má remuneração, dificuldade de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários, excesso de demanda (populações), aos plantões extenuantes, à cobrança social, etc. Um aspecto atual contemplado nesta discussão foi o de que além do *stress* inerente ao exercício da própria profissão há aquele determinado pela inserção do médico em Unidades de Saúde em regiões com alto índice de violência. Esta sobrecarga física e emocional interferiria negativamente na relação médico-paciente de várias formas: consultas rápidas, desatenção, pouco contato com pacientes, etc. Enfim, o regime de trabalho atual ao qual estão expostos a maioria dos médicos traria prejuízos tanto ao profissional quanto à sociedade.

Em Fevereiro de 2001 no mesmo jornal foram publicados resultados de uma pesquisa sobre o perfil do mercado de trabalho médico em comparação com resultados de pesquisa semelhante, realizada em 1995. Neste período houve uma redução da atividade médica de consultório de 19,6% no Estado de São Paulo, considerado o termômetro do mercado brasileiro. O trabalho no setor público (hospitais e postos de saúde) cresceu quase 3,5% enquanto as atividades no setor privado (hospitais, ambulatorios) reduziu 1,2%. Em 1995 74,6% dos médicos atendiam no consultório particular contra 55% em 2001. Um dos motivos alegados para esse desaquecimento das atividades ligadas ao setor privado e mesmo da atividade liberal foi o desligamento de médicos dos planos de saúde (o enxugamento da rede de médicos e serviços) que inviabilizou a atividade profissional liberal e o acesso dos usuários.

No interior do estado de São Paulo houve um aumento de 9% da atividade médica no setor público. Em 1995 63% dos médicos estavam no setor público e 61% no setor privado. Em 2001 72% estavam no setor público e 63% no setor privado. O mesmo fenômeno observou-se em relação a atividade em consultório: 82,7% (1995) e 63% (2001).

Há uma predominância dos mais jovens empregados em hospitais e serviços de saúde públicos: até 34 anos (75% trabalha na rede pública); acima de 45 anos (71% trabalha em consultório próprio). Houve um crescimento do mercado formal de trabalho médico no Estado de São Paulo (4,5%), e uma retração no restante do país (16,1%)¹⁵, atribuído à municipalização da saúde. Enquanto em 1995 85,7% dos médicos estavam satisfeitos com a profissão, em 2001 53% estavam parcialmente satisfeitos com a profissão e pouco mais de 30% satisfeitos.

Quem pode pagar pela assistência à saúde particular expõe-se a alguns riscos inimagináveis. Quem não pode contenta-se com um outro tipo de pacote, só que gratuito: a “cesta básica de saúde para o pobre”¹⁶.

Mesmo diante da complexidade destas e muitas outras inter-relações inerentes à organização e funcionamento do setor da saúde nos moldes neoliberais, as quais, no

¹⁵ Jornal Cremesp, março de 2001

¹⁶ MURAD (1997, p.29-30) - Banco Mundial: Relatório de 1993: direito à assistência básica com consulta médica nas unidades de saúde, pré-natal e puericultura, radiografias de pulmão e exames menos onerosos.

final, determinam e definem o modelo de assistência à saúde para toda sociedade, a preocupação central e unânime manifestada pelos vários segmentos sociais é a de formar médicos adequados às “*necessidades sociais*”.

Entretanto, é preciso que nos detenhamos um pouco analisando esta “*adequação às necessidades sociais*” basicamente por dois motivos:

1º) entendemos que existem implicações filosóficas em formar indivíduos “adequados às necessidades” que ignoram as raízes e todo o processo materialista histórico do qual resulta o presente real. Sem estes conhecimentos, a motivação desses homens-médicos parece originar-se da compaixão, da solidariedade, da humanização, todas atitudes de caráter imediatista, idealista, despojadas do caráter transformador que intervém nas condições reais em busca da superação-supressão (e não adequação!) das “necessidades sociais”. Baseados em RIZZOTTO (2000, p.121) acreditamos que há certo respaldo concreto para seja aceita esta situação:

“(...) Diante dessa realidade, dos questionamentos quanto às razões de sua própria existência e do fracasso no combate à pobreza, o Banco Mundial, com a queda do Muro de Berlim, em 1989, e o fim da guerra fria, pode admitir, sem o temor do contra ponto socialista, que a pobreza é parte constituinte deste mundo. Assumindo esta condição como algo natural, caberia àqueles que se preocupam com a harmonia do sistema, o papel de propor políticas e estratégias que buscassem “aliviar” o sofrimento dos que vivem na condição de pobre ou abaixo desta condição. A saúde começaria, então, a ganhar espaço nos discursos do Banco, passando a se constituir em importante instrumento para o alívio da pobreza. Segundo esta instituição, ‘ investimentos públicos para os pobres, na área da saúde, reduzem a pobreza ou mitigam suas conseqüências’ (Banco Mundial 1993, p56)(...)”.

2º) Os sucessivos relatórios do Banco Mundial explicitam claramente a sugestão para os governos do Terceiro Mundo para que organizem a assistência social e, nela, a assistência à saúde de acordo com “as necessidades sociais”. Aliás, “necessidades sociais” parecem adquirir de tempos em tempos características diferentes, e que nem sempre são aquelas que as pessoas têm no dia a dia.¹⁷

¹⁷ RELATÓRIO PEARSON, 1971 – “*satisfação das necessidades básicas e combate a pobreza*”; MCNAMARA, 1972 – “*apaziguar os pobres através da satisfação das necessidades humanas básicas e manter sob domínio sua expansão*”; BANCO MUNDIAL 1993 – investimentos públicos aliviam a pobreza.

Sabemos que a organização dos sistemas de saúde, em particular na América Latina a partir da década de 70 do século XX, foi radicalmente determinada pelo crescimento e movimentos populacionais ligados à industrialização e urbanização e pelas condições materiais de subsistência. Em se tratando de países emergentes que não conseguiram superar efetivamente a falta de condições básicas para subsistência da população, a assistência à saúde nos últimos 30 anos foi adquirindo muito mais um caráter compensatório para aliviar os efeitos da pobreza do que foi rigorosamente um promotor de saúde. Esta situação, progressivamente pior, causa a impressão de algo irreversível, perene e inevitável. Mas é preciso considerar que outros modelos de assistência à saúde, também latino-americanos, conseguiram promover saúde não necessariamente maquiando a pobreza, o que mostra a relação radical entre a medicina e as condições materiais de produção de uma sociedade¹⁸.

Estes exemplos nos mostram quanto é importante compreender o quão complexo é o processo de formação de um sistema nacional de saúde e como sua sustentabilidade depende das condições materiais sociais e da economia capitalista. E para não parecermos passivos e alienados ao discutirmos a “*assistência adequada às necessidades sociais*” é necessário ter consciência clara do papel complementar e parcial que a medicina tem na promoção da saúde. Baseados nisso é que propomos, ao invés de “*médicos adequados às necessidades sociais*”, que usemos “*médicos inconformados com as necessidades sociais*”, porém dispostos a trabalhar. Isto é necessário para evidenciar a distinção entre o primeiro profissional preconizado para a atualidade neoliberal e que, de certa forma, demonstra um médico que aceita o desafio de trabalhar nessas condições, porém sem nenhuma perspectiva de que tanto seu trabalho, quanto a realidade destas pessoas-pacientes possa ser diferente e melhor, a mesma coisa que um médico alienado, apático, cumpridor passivo de seus deveres, disposto a enfrentar de modo tradicional, assistencial-biológico, as doenças da população, e o segundo profissional, que já com uma formação política e econômica

¹⁸ CEBES. *Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1984. SCHUFTAN, C. *The challenge of feeding the people: Chile under Allende and Tanzania under Nyerere*. *Soc Sci Med*, 1979 13C(2), p97-107. NAVARRO, V. *What does Chile mean: an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration*. *Milkbank Mem Fund Q Health Soc*, 1974 52(2) p 93-130.

prévia, saiba interpretar a realidade que o cerca e reconheça o quanto sua atuação apenas “medicalizou” as manifestações de problemas complexos e enraizados, e por vezes foi alienada, sacerdotal, onipotente, e biomédica, tanto no campo da prevenção, quanto da cura. Sob o significado amplo de medicina devemos diferenciar e pontuar aquilo que é da competência médica na esfera assistencial biológica e aquilo que é da competência médica na esfera assistencial política e econômica.

1) O Que é o Projeto CINAEM?

O projeto foi dividido em 3 Fases e para sua execução, recebeu apoio financeiro¹⁹ de instituições como *UNIMED*, *Fundação Kellogs*, *CRM*, *CFM*, Ministério da Saúde e Educação além de assistência da empresa de consultoria *TELOS*.

Na **primeira fase** foi feita a avaliação dos médicos formados pelas escolas brasileiras baseado na resposta dos representantes de 76 escolas, sobre a estrutura político administrativa e econômico administrativa, recursos materiais e humanos, modelo pedagógico, atividades de pesquisa e extensão e características dos médicos formados.

Segundo o resultado, os médicos formados atingem 45% da qualificação desejada, embora não esteja claro qual é a desejada e o que se espera de um médico.

¹⁹ WAITZKIN, H. *A marxist view of medical care*. *Ann Intern Med* 1978 89 (2) – 264 –278. Os patrocínios nos obrigam a ressaltar o caráter estratégico e com repercussões duradouras que os setores de educação e assistência à saúde têm na economia de um país, podendo inclusive comprometer a governabilidade, como observado em Cuba pós-revolução e no Chile durante o governo de Salvador Allende. O Banco Mundial exerce influência sobre as políticas governamentais nos países do Terceiro Mundo desde sua criação após as duas grandes guerras mundiais do século XX. Porém, a partir da década de 70 deste, o setor saúde torna-se área de interesse desta agência para tentar combater a pobreza e satisfazer as necessidades humanas básicas, ainda que de forma primitiva. Nas décadas subseqüentes, com a fragilização do social-comunismo, esta instituição passa a exercer influência decisiva na organização das políticas públicas, vinculando implantação das mesmas à liberação de verbas. Ainda que vivamos num regime democrático e que seja permitido a participação de várias instituições – governamentais e não governamentais - de alguma forma ligadas à área da saúde e educação, ou que tais instituições estejam sensibilizadas e dispostas a participar deste processo de reformulação curricular médica, dividindo experiências e propondo alternativas conjuntas, é fundamental que os organizadores e participantes deste movimento da educação médica nacional considerem esta área e suas ramificações como estratégicas para a população brasileira e não sejam ingênuos a ponto de ignorar que são muitos os interesses envolvidos neste processo, principalmente nos rumos que tal remodelação pode dar à educação e assistência médicas brasileiras. Cada entidade representa interesses de grupos específicos que não necessariamente são os mesmos interesses da sociedade como um todo, precisamente aquela de baixa renda. Discussões que considerassem a construção histórica do serviço de saúde brasileiro dialeticamente com a história do Brasil no período moderno deveriam estar presentes nos debates sobre a reforma curricular. Porém, não foi isso que ocorreu.

Há uma crítica de que o médico formado atualmente não atende as necessidades atuais, entretanto não há uma análise do médico formado como resultado de determinantes históricos, políticos e econômicos, além de considerarmos os efeitos do mercado de trabalho e as condições materiais sociais existentes.

Embora a “baixa qualificação” diagnosticada possa ter múltiplos determinantes, como as “*estruturas econômicas – administrativas, o corpo docente e o modelo pedagógico*”, são estes suficientes para buscarmos um novo modelo educacional que substitua o atual?

As respostas efetivas para tais questões devem ser respondidas a partir de análises críticas da organização da estrutura social assim como devem contemplar o próprio papel histórico do médico junto à evolução da humanidade, em particular do povo brasileiro.

Na **segunda fase** foi feita uma análise profunda dos dados da primeira fase procurando os principais determinantes do desempenho médico.

A **terceira fase**, além de avaliar a cognição dos alunos durante a graduação, procurava definir o perfil do médico desejado, o modelo de escola necessário para formar o médico desejado, o processo educacional através do qual isto seria feito e o perfil do docente adequado para concretizar as mudanças.

Embora estas pesquisas representem avanços significativos para que conheçamos a educação médica brasileira, é importante observar que ela serviu como “amarra”, impedindo que houvesse uma compreensão ampla do fenômeno educacional médico, de modo a contemplar suas perspectivas políticas, econômicas, sociais no processo histórico de desenvolvimento da sociedade brasileira e do capitalismo mundial. E isto tem relevância quando se trata de identificar aquilo que torna a educação e a assistência médicas atrativas no contexto da globalização.

A revisão histórica sobre o assunto dá a devida noção de que a medicina necessita de readequação ao período histórico atual e que isto pode ser feito de modo independente de um sistema de consultoria, permitindo a conscientização e a tomada de decisões. As análises baseadas somente em dados sem considerar o contexto histórico em que foram coletados e o período de validade dos mesmos, podem nos levar a conclusões equivocadas, ou a elaborar medidas anacrônicas.

“(...) A 3ª fase foi projetada, discutida e amadurecida ao longo do ano de 1998... várias alterações foram realizadas na concepção original da proposta... o período culminou com o pacto de adesão acontecido na cidade de Campinas, em maio de 1999, onde 55 escolas aderiram à 3ª fase do projeto, definindo-a como preparatória ao processo de transformação(...)”.²⁰

Desta última fase saíram seis produtos²¹:

1º produto: formulação e desenvolvimento de 4 linhas de ação: *processo de formação, docência médica, gestão e avaliação*. Estas linhas surgiram de sucessivos encontros e debates, baseando-se inclusive em revisão bibliográfica em bibliotecas do País e do exterior.

2º produto: contribuições de qualificado corpo de consultores que aportaram críticas e sugestões às linhas de ação em desenvolvimento.

3º produto: contemplou a realização de 3 oficinas de trabalho (Campinas, Rio de Janeiro, Aracaju) e o Fórum Nacional (Brasília), onde debateram-se as 4 linhas de ação.

4º produto: preocupou-se com o teste de progresso ou *avaliação cognitiva* dos estudantes de escolas participantes. Este teste possibilitou a criação de uma *curva de crescimento cognitivo* dos alunos.

5º produto definiu *diretrizes para cada uma das linhas propostas*, aceitando contribuições das oficinas, consultores e membros do colegiado da CINAEM.

6º produto é uma síntese realizada pela equipe técnica de todos os produtos e contribuições anteriores, obtidos durante as três fases do Projeto CINAEM. Este produto representa uma "proposta de eixo de desenvolvimento curricular". A proposta orienta a transformação da atual matriz de desenvolvimento curricular das escolas médicas, com o propósito final de responder adequadamente "às necessidades e demandas de saúde de indivíduos e populações em nosso país"²².

1.1) Promovendo a Transformação da Educação Médica Brasileira

Com os objetivos definidos em ampliar o movimento social de transformação do ensino médico e estimular a adoção de um novo paradigma para formar o médico atual, além de formar núcleos de educação médica nas escolas brasileiras para

²⁰ PICCINI et al, *Projeto CINAEM*, 2000, p.10.

²¹ Ibidem, p.25-26.

²² Trechos em itálico marcam o que foi proposto e que procuraremos discutir ao longo desta pesquisa.

socializar as experiências, pretendia-se também criar condições para o surgimento de um novo eixo de desenvolvimento curricular para educação médica. Tais metas só poderiam ser atingidas se houvesse um prévio diagnóstico da situação atual do ensino médico no Brasil que foi possível a partir do estudo multicêntrico, da organização de um banco de dados, e articulação das informações. Gerado um perfil das escolas a partir das características coletadas foi definido coletivamente (docentes/discentes e profissionais sem vínculo com a docência), quatro eixos de atuação que representam a proposta de transformação: 1) *processo de formação médica*, 2) *docência profissional*, 3) *gestão / projeto institucional*, e 4) *avaliação transformadora*.²³

É importante atentarmos para o freqüente fato de se procurar resolver problemas com raízes históricas através do gerenciamento. Naquilo que se refere ao ensino e assistência médica a cronologia dos fatos na América Latina da década de 60 do século XX até hoje, mostra que programas de gestão/gerenciamento e projetos em educação e saúde sofreram influência do ideário neoliberal, mas também se basearam em modelos de assistência à saúde (Saúde da Família) de países sociais-comunistas (Cuba), ou capitalistas desenvolvidos. Uma espécie de “arremedo” que não considera as condições materiais atingidas por ambos modelos de sociedade que se assemelham no que se refere aos principais indicadores de saúde²⁴, quando se propõe a implantar um serviço de saúde.

De modo geral, mesmo em não se tratando dos técnicos do Banco Mundial, os criadores de soluções gerenciais “teimam” em ignorar dados estatísticos que

²³ Ibidem, p35.

²⁴ CEBES, *Cuba: saúde e revolução – antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro: Achiamé/CEBES, 1984. Após a revolução cubana, um dos principais problemas que aflige os homens das sociedades capitalistas – o desemprego -, foi amenizado. Antes da revolução = 2 milhões e 200 mil trabalhadores – 33% (726.000 mil) desempregados/subempregados. Após 20 anos da revolução, Cuba criou 1 milhão e meio de empregos (75000 empregos/ano). Neste mesmo período o número de mulheres trabalhando quadruplicou (190 mil para 800 mil). Outros benefícios relacionados ao emprego foram: redução da jornada de trabalho de parte dos trabalhadores que chegava a 12 ou mais horas; benefícios financeiros quando trabalhador adoece; melhora dos níveis de aposentadoria; redução da droga, vício, mendicância e prostituição. Redução mortalidade infantil no 1º ano de vida: 60 (pré revolução) para 23 (pós revolução) por mil nascidos vivos; esperança de vida ao nascer: 1958 – 58 anos; 1980- 72 anos; gasto com saúde pública: 1958 - 3,30 dólares/habitante; 1978 - 40 dólares/habitante. Além da redução do analfabetismo, o orçamento para educação no ano de 1958 foi de 74 milhões de pesos – 11 pesos/habitante; no ano de 1978 foi de um bilhão de pesos - 110 pesos/ habitante. Renda pessoal *per capita* : 1958 – 440 pesos; 1978 – 650 pesos; salários médios mensais dos trabalhadores agrícolas: 1958 – 42 pesos; 1978 – 115 pesos. De modo geral o consumo de alimentos e produtos industriais *per capita*, cresceu muito e estão acima dos níveis da América Latina.

representam a base material social, como se planejamento e execução não estivessem absolutamente imbricados. Deste modo, a solução é deixar a sociedade longe das “mãos” do Estado, mesmo que entregue à própria sorte. Como não melhoraram as condições de vida da população do Terceiro Mundo desde a criação do Banco Mundial, apesar das tentativas, admiti-se as más condições de vida em parte a incompetência administrativa estatal - crescente desemprego, empobrecimento, adoecimento -, que até certo ponto pode ser resolvido com políticas de gestão adequadas. Aquilo que não puder ser resolvido acaba sendo aceito como “parte constituinte deste mundo”²⁵.(Banco Mundial, 1993)

De acordo com o novo projeto institucional o eixo condutor não é mais o “saber”²⁶, mas as necessidades referidas pelas pesquisas, pelo paciente e/ou grupos, e pela sociedade. Entretanto, há uma falta de definições mais precisas e claras no que se refere ao “saber, as pesquisas e as necessidades dos pacientes”, de modo a permitir a adesão da grande maioria das escolas médicas às propostas deste projeto.

A pesquisa é uma modalidade de conhecimento especializado, portanto é um “saber”, elaborado tecnicamente e com uma finalidade definida. Mas, isto não é tudo. É preciso que sejam definidas outras regras, além do código de ética, para elaboração e tomada de decisões. Sabemos que as pesquisas em saúde ainda privilegiam o fenômeno doença e secundariamente o doente. Dessa forma, entre outras coisas, precisamos distinguir as motivações das pesquisas, os órgãos envolvidos no patrocínio

²⁵ CUNHA, LA. *Educação e Desenvolvimento Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1975). Nós entendemos que os princípios filosóficos que formam a doutrina liberal e sustentaram o liberalismo clássico e hoje o neoliberalismo - igualdade, individualismo, propriedade e democracia - permanecem preservados na forma essencial, embora estejamos tratando de outro período de evolução da humanidade. A crença nos “direitos naturais do indivíduo” admite que todos os homens viviam, originariamente num estado natural em que prevaleciam a liberdade e a igualdade absolutas, sem a existência de um governo. Entretanto, diante da impossibilidade dos homens conviverem plenamente no estado natural, surgiria o governo - Estado moderno -, cuja finalidade é executar a lei natural, qual seja: a de defender os direitos individuais. “*A função social da autoridade (do governo) é a de permitir a cada indivíduo o desenvolvimento de seus talentos, em competição com os demais, ao máximo da sua capacidade*”. De acordo com o princípio do individualismo, todos têm atributos diversos, distintos e, segundo eles, atingem uma posição social vantajosa ou não. A escolha é voluntária, o que possibilitaria a mobilidade numa sociedade de classes e, desta forma, conduziria à riqueza ou à pobreza. Se a pobreza é parte deste mundo caberia aos que vivem nela mudarem de situação. Nesta perspectiva, ter um plano de saúde completo que incluía cirurgia cardíaca, ressonância magnética, e um amplo acesso ao arsenal diagnóstico-terapêutico mais moderno, ou usar o serviço de assistência primária, seria apenas uma questão de liberdade de escolha.

²⁶ Michel Foucault é um referencial teórico usado para a crítica ao “saber médico”, ou ao modelo de medicina praticado no período moderno e tem servido para reflexão dos envolvidos no Projeto CINAEM.

da produção de conhecimento, nos lembrando de como o Relatório FLEXNER ganhou sustentação econômica e política para que fosse hegemônico na educação médica e a orientasse durante quase todo o século XX. É preciso ter em mente que as orientações do Banco Mundial para educação e saúde não incentivam a pesquisa nacional:

“(...) Outra recomendação que merece destaque no quadro de propostas, refere-se aos investimentos em pesquisas científicas no campo da saúde. Segundo o Banco Mundial, não seria necessário, nem recomendado aos países periféricos investirem no desenvolvimento de pesquisas nesta área, uma vez que os benefícios do conhecimento produzido e aplicado seria universal, portanto, deveria ser deixado aos países ricos gastarem com isso, pois posteriormente, por meio de “colaboração internacional” todos seriam beneficiados. (Fonte: Relatório Anual do Banco Mundial, 1993) (...)”. (RIZZOTTO, 2000, p.137)

Também, no que se refere “as necessidades dos pacientes” como um dos elementos de orientação para reforma do ensino médico, achamos que mereça definições mais claras. Aquilo que é uma necessidade do paciente e o faz procurar um serviço de assistência médica, geralmente é acolhido pela equipe de saúde, com ou sem médico. A questão que não foi tocada profundamente nesta nova revisão da educação médica é a seguinte: as necessidades dos pacientes podem ser melhor atendidas através de uma ação médica que os considere integralmente, individualmente e na suas respectivas comunidades, ou seja, considerando os aspectos biopsicossociais de cada um na promoção da saúde? Não, exceto se forem considerados outros elementos essenciais para promoção da saúde, no caso, as condições materiais. Embora a proposta atual seja a contraposição a promoção da saúde restrita à utilização de medicamentos e procedimentos, de base curativa, não nos parece adequado pensar um novo modelo de educação e assistência médica de base preventiva se não forem consideradas as condições de subsistência dos homens, antes de se tornarem pacientes.

1.2) Modelo Teórico do Projeto CINAEM

1.2.1) Tendência Filosófica do Projeto CINAEM

Há duas razões básicas para discutirmos este tópico: 1^a) De antemão defendemos referenciais distintos daqueles que embasaram a elaboração do Projeto

CINAEM; 2^a) Como o Projeto pretende intervir no real é preciso ampliar o leque de opções de análise para que a intervenção seja o mais efetiva possível.

Uma pergunta que antecede a discussão destes elementos é a seguinte: de acordo com quais referenciais teóricos e filosóficos e por que eles foram os eleitos pelo Projeto CINAEM para subsidiar as reflexões e análises da educação e assistência médicas e permitir a elaboração de estratégias com o intuito de modificá-las?

É importante identificar tais pressupostos porque é a partir deles que são definidos os modelos de análise e dimensionadas tanto a profundidade quanto a complexidade das mesmas. E, de acordo com estas, emergem diagnósticos e com eles as possibilidades de intervenção, tanto no processo educacional quanto assistencial.

No nosso entendimento um dos principais referenciais teóricos usados para subsidiar a reflexão sobre o ensino e prática da medicina moderna é MICHEL FOUCAULT²⁷. Através dos seus trabalhos relacionados à história, sociologia e política médicas podemos compreender a organização da medicina. Entretanto, acreditamos que o enfoque de pesquisa que o pensamento de FOUCAULT permite à educação médica é histórico-hermenêutico, ou seja, são considerados aspectos subjetivos, a primazia do sujeito, há toda uma simbologia ligada ao exercício da medicina moderna que necessita ser interpretado e conhecido e, então, possa orientar o ensino e a prática. Neste caso, a medicina como um fenômeno social histórico e suas relações com a realidade, a compreensão dos determinantes históricos, a possibilidade dela transformar, dialeticamente, a realidade, não seriam relevantes para embasar a reflexão. Mas, talvez mais do que detalhar os limites, alcances e possibilidades do pensamento de FOUCAULT, nos caiba neste espaço desvendar as raízes do pensamento de FOUCAULT e por que a via da transformação da realidade através da medicina ficou à margem do processo de reformulação do ensino médico. Do mesmo modo, por que a escolha de um referencial teórico e filosófico tão recente (1960) e sem o crivo da história foi preferido em detrimento de um outro referencial histórico, experimentado e que orientou de modo mais completo as necessidades para promoção da saúde? Não é possível admitir que se trata apenas de uma opção teórica dos

²⁷ FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4^aed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994, entre outras obras.

educadores envolvidos no processo de reformulação da medicina. Temos demonstrado que há vários fatores envolvidos nesta decisão tanto no plano individual quanto no plano coletivo.

FOUCAULT é uma das expressões intelectuais da década de 60 e, juntamente com outros, engrossou o movimento *Antipsiquiatria*²⁸, sabidamente um forte e contundente opositor da psiquiatria tradicional. Esta considerava os distúrbios de comportamento e as doenças mentais como sendo exclusivamente secundárias às alterações orgânicas, ignorando a relação de determinação entre a doença e as condições de vida. Com este movimento surge uma tendência de pesquisa, diagnóstico e tratamento das doenças mentais que considera essas condições. Deixa de prevalecer a psiquiatria tradicional, orientada principalmente a partir de elementos biológicos, os quais também serviam quase exclusivamente como referenciais para as demais áreas médicas investigarem as causas das doenças. Dessa forma prevalecia a idéia de que os motivos para o adoecimento estavam no próprio paciente cabendo aos médicos procurar e compreender os fenômenos bioquímicos do organismo humano e seus desvios.

Apropriando-se da produção intelectual mundial – americana e européia – ligada ao pensamento *marxiano*, o movimento *Antipsiquiatria* surge e passa a considerar estes fundamentos como relevantes e imprescindíveis para a compreensão do processo de adoecimento do homem e para gênese dos distúrbios mentais. É neste, momento de forma mais expressiva, que se percebe uma nova inserção de “componentes sociais” na determinação das doenças e mortes, que na realidade sempre existiram e já tinham sido valorizados do ponto de vista científico na virada do século XIX para o século XX, mas mesmo assim continuavam sendo considerados marginais²⁹. Este movimento ganhava reforço com a crescente mobilização mundial de intelectuais, jovens, nações, reivindicando melhores condições de vida para humanidade.

A psicologia ganhava representatividade nas áreas da saúde mais tradicionais porque passava a ser uma nova opção, ao lado de outras áreas do conhecimento

²⁸ BROWN, P. *Marxism, social psychology and sociology of mental health*. *Int Journal health serv*, 1984 14(2): 237-264.

²⁹ Para a América Latina há dois exemplos: ALLENDE, S. *La realidad médico social del Chile 1938 e* CEBES. *Cuba: saúde e revolução. Antologia de autores cubanos*. 1984.

envolvidas na promoção de saúde, para interpretar velhas doenças psíquicas, porém compreendendo a importância da doença num indivíduo vivendo em sociedade e sob determinadas condições.

Neste momento histórico a psicologia dá um poder de definição maior a visão até então existente sobre a doença. Não se vê só a doença, mas um paciente com uma doença vivendo em conjunto com outros homens.

FOUCAULT insere-se neste movimento que privilegia a análise histórica ao lado de outros críticos da psiquiatria tradicional como ADORNO, MARCUSE, HORKHEIMMER, etc., que de alguma forma deram sua contribuição na compreensão da estruturação das relações sociais na sociedade capitalista e os possíveis desvios decorrentes delas, muitos culminando com alguma forma de doença: psíquica-somática.

Com tudo isso, inevitavelmente, o próprio exercício da medicina de um modo geral será incluído nesta crítica, e a mudança no padrão de ensino seu o instrumento de readequação. Nesta mesma perspectiva encontramos o significado da “humanização da medicina” que também surge no bojo das críticas à medicina tradicional. Isto é fundamental para entender que a valorização do indivíduo, ou dos aspectos individuais não foi feita ignorando o fato de que os homens estão integrados ao restante da sociedade.

A opção e adoção de Michel Foucault pelo Projeto CINAEM (PICCINI et al. 2000, p.15), como um dos referenciais teóricos com o intuito de periodizar a história da medicina e estabelecer os marcos conceituais que permitissem sistematizar os principais elementos necessários à reformulação da educação médica, nos possibilitou demonstrar a divergência conceitual e também definir outros limites de análise e propostas.

De acordo com a 3ª fase do Projeto CINAEM (*modelo teórico*) haveria dois marcos históricos para a medicina: *medicina clássica* – onde a doença era considerada como essência abstrata, com caráter anímico que se estendeu da Grécia Clássica até fins do século XVIII -, e a *medicina clínica* – que nasceu na Europa Ocidental no início do século XIX, se constituiu a base da medicina científica moderna e reconstrói seu objeto definindo-o como um saber sobre o indivíduo, corpo doente. Mas, mesmo

na medicina moderna, a doença continua sendo objeto e, além disso, existem inúmeras variáveis determinando constantes modificações no modelo de ensino-prática da medicina moderna.

Um determinante básico para esta nova reorganização da medicina moderna que não foi considerado, mas para nós é fundamental, preponderante e atual, é a forma dos homens se organizarem para se manterem vivos na sociedade capitalista, ou sem doença e longe da morte. Através do fenômeno da industrialização-urbanização é que a medicina reformula-se para atender às novas necessidades sociais concretas e, simultaneamente, vai incorporando os avanços das ciências naturais na tarefa de promover saúde.

O enfoque muda na modernidade no que se refere a necessidade para o capitalismo de manter a prole viva para o trabalho, afinal, como enriquecer sem ter força de trabalho para comprar, explorar por que ela adoece e morre rápido? Ou, como retirar dela o máximo de vantagem para o capital sem ter que dispor do lucro? Portanto, a doença continuou sendo importante pois tirava mão-de-obra.

Hoje, decorridos mais de dois séculos de uma medicina moderna-científica, percebe-se que o sistema capitalista pode, noutra contexto e novamente, dispensar mão-de-obra graças aos avanços tecnológicos, como mostra o nível de desemprego mundial crescente. Por isso oferece um nível de assistência à saúde que continua a se resumir basicamente ao tratamento de doenças, ou uma prevenção-promoção de saúde sem atender aos requisitos mínimos para que exista saúde como, por exemplo, água, alimentos, moradia, poder aquisitivo mínimo, mas real, entre outras coisas. Embora indispensável, o desenvolvimento de qualquer trabalho preventivo necessita de condições favoráveis à sua realização e que na nossa sociedade não puderam ser alcançadas basicamente devido ao modelo capitalista servil, ameaçado pelo neocolonialismo e a barbárie.

Desse modo, para que a globalização capitalista se concretize plenamente, o capitalismo também precisa de um modelo de medicina para o Terceiro Mundo e para o Primeiro Mundo “terceiro mundializado” que avalize e esconda, no modelo “doença-doente”, as desigualdades que cria e acentua, e que são inerentes à sua estruturação e desenvolvimento. Portanto, saúde mínima por meio de políticas compensatórias na

vigência do neoliberalismo para quem não pode pagar e é dispensável como força de trabalho, embora ainda não tenha alcançado condições materiais mínimas para viver, mesmo já tendo sido assalariado por mais de 20 anos. Noutro extremo, saúde e tecnologia médica avançada para quem pode pagar e precisa de assistência médica qualificada, tendo, ou as vezes não, atingido condições materiais suficientes para manutenção da vida. Este segmento da saúde – setor privado –, tem sido um ótimo “negócio” para o excedente de capital mundial favorecido pelas políticas neoliberais.

Sem poder contemplar uma análise detalhada destas complexas relações e seus determinantes históricos, o pensamento de FOUCAULT se torna uma espécie de camisa de força que limita a perspectiva e a abordagem dos fenômenos da educação e assistência médicas, o que já era esperado, pois a sua percepção analítica não permite uma readequação cronológica-material embora faça parte de uma escola situada dentro da psicologia social ou sociologia marxista.

Nos séculos XIX e XX a doença pôde ser gradativamente interpretada nos seus mínimos detalhes sem, entretanto, haver uma compreensão definitiva, e muito menos terem se esgotado as informações provenientes das pesquisas, cada vez mais aprofundadas em busca de um elemento principal na gênese das doenças. Os responsáveis microbiológicos continuam em destaque há séculos. As “falhas” genéticas, as quais todos estamos predispostos, em maior ou menor grau, ganham progressivamente destaque como demonstra o Projeto GENOMA, um dos mais ambiciosos projetos envolvendo cientistas de todo o mundo e empresas de biotecnologia em busca da decodificação do código genético de animais, inclusive o homem, e das plantas. Buscando o “micróbio, ou buscando o “gen patológico com deleção, ou translocação, etc.”, o que alimentou e alimenta até hoje estes interesses científicos específicos são os avanços tecnológicos, em grande parte provenientes dos avanços nas ciências básicas e que “desdobrados-multiplicados” são aproveitados pelas indústrias.

E o motor desta complexa engrenagem é o sistema capitalista através do investimento de capital nos setores mais diversificados da sociedade, não poupando a maioria das relações humanas para que geração de capital seja sustentada pelo lucro.

O protótipo dos investimentos de capitais preserva a irracionalidade que lhe é peculiar até hoje e de um modo que lhe permite subestimar a capacidade de organização opositora da humanidade, pois a matriz das condições materiais básicas para manutenção da vida produzidas para grande parte dos povos do mundo nos princípios do capitalismo persiste no cenário atual, porém em escala ampliada. E há um “desinteresse” latente, que é parte da ideologia dominante, em não considerar estas centenárias más condições materiais de vida como fatores decisivos na origem do adoecimento.

Tanto o processo de adoecimento quanto seus respectivos processos de diagnosticar e tratar, têm representação concreta na fonte de lucro capitalista de formas complexas e muito variadas que não podem ser identificadas e detalhadas pelos médicos com a formação atual que recebem e nem naquela que oferece o Projeto CINAEM em decorrência da limitação teórica, conceitual e filosófica inerente ao próprio referencial adotado. Fora do campo médico e na perspectiva alienada, tanto dos detentores dos meios de produção quanto dos desprivilegiados, esta orientação continua sendo cabível, pois permite aliar promoção de lucro a uma possível promoção de saúde.

Todos estes elementos mencionados, embora venham sendo mal explorados, servem para reforçar nossa base conceitual, histórica e filosófica que admite as transformações ocorridas na medicina moderna, onde o aprimoramento das pesquisas faz parte de um movimento ou processo inacabado e histórico, como sendo determinado, radicalmente, pelas transformações no modo como os homens produzem sua subsistência, precisamente hoje.

Quando propostas de reestruturação do currículo médico são feitas desconsiderando estes fatores, digo, quando as propostas de modificações do currículo médico são elaboradas de modo isolado, desarticulado do restante da sociedade, ou apenas em sintonia com as “*necessidades sociais*” sem que as mesmas sejam compreendidas na sua constituição, as mudanças que virão, muito provavelmente ficarão restritas à resolução daquilo que é um efeito, uma manifestação de um problema intrincado, recorrente e grave, sem, no entanto, tocar a causa real do problema.

De acordo com nosso referencial, a divergência de julgamento dos mesmos fatos fica mais explícita em “*Medicina e educação no século XX*”³⁰ quando a Primeira Grande Guerra Mundial é considerada marco inicial do século XX. Ora, sabidamente as “Grandes Guerras Mundiais” representam parte do processo de expansão do capitalismo e, portanto, não deixam de ser resultado do desenvolvimento prévio do capitalismo concorrencial com conseqüências políticas, econômicas e culturais significativas para todo mundo. Uma das mais persistentes é o imperialismo americano.

As imprecisões conceituais e historiográficas impedem a compreensão de determinados fatos de modo claro e articulado como, por exemplo, o papel do *Relatório FLEXNER*, ou do complexo bélico-industrial que deu origem ao complexo médico-industrial. Não parece ser mais ou menos relevante o rigor no início cronológico do século XX, mas interessa-nos o período em que se encontrava o desenvolvimento do sistema capitalista e como ocorreu sua determinação decisiva na estruturação do funcionamento da sociedade, isto é, como modificou o modo dos homens se relacionarem uns com os outros no campo da produção. Definitivamente: tudo isto inclui a medicina – ensino e prática.

Muitas têm sido, de fato, as ações médicas: algumas alienadas, outras mercantilistas, demagógicas, sacerdotais, baseadas numa idéia de sociedade e das suas necessidades médico-assistenciais, que é típica da medicina curativa, mas que não exclui a medicina preventiva. A possibilidade de imaginar outro modelo, com relevância de aspectos históricos e políticos, articulando vários setores sociais de assistência e promoção à saúde e sem que seja uma atuação no palco da medicina, ou não médica, isto não parece existir, ou restringe-se a segmentos marginais. O conjunto de mudanças orientadas por esta matriz de medicina “renova-se” na aparência sem modificar sua essência, portanto é capaz de atingir a necessidade da sociedade sem atingir sua total necessidade: uma modificação descolada das antigas necessidades materiais, históricas da própria sociedade.

Existem outras interpretações e proposições que procuram trilhar os rumos da medicina no período moderno, mas a maioria deles se limitam a enfoques parciais que

³⁰ PICCINI et al, *Projeto CINAEM*, 2000, p.15.

ignoram sua própria complementaridade na compreensão global do desenvolvimento dos currículos médicos. A fim de superar esta “parcialidade” que dominou grande parte da elaboração do conhecimento ao longo do século XX é que defendemos a concepção materialista histórica que pode permitir, em particular à medicina, através de uma “reorientação filosófica”, um “novo resgate” de um referencial que permita dar ao corpo de conhecimentos produzidos e constantemente elaborados, um significado além daquele que pretende somente interpretar os fenômenos desarticulados da trama de relações a qual pertencem. Esta postura pode permitir submeter todo material intelectual produzido pelos homens, seja na Antiguidade, seja na Modernidade, a uma constituição histórica e isto é o que pode autorizar-nos a aceitar ou rejeitar, racionalmente, aquilo que é produzido.

Talvez estas afirmações possam ser questionadas e negadas por várias áreas do conhecimento, principalmente por aquelas que condenam um determinado “pragmatismo”, mas em relação à medicina e de acordo com o caráter “material-ontológico” desta, é inconsistente considerar somente aspectos teóricos, desarticulados de sua utilidade, ou finalidade prática. Aqui não há necessidade de maiores exemplos, basta analisar o que foi e tem sido feito pela medicina nos séculos XIX e XX, e o que isto representou para a promoção da saúde da maioria da população mundial. Assim, na perspectiva materialista histórica, “a indústria”, como mola propulsora da vida, ou fonte de produção e reprodução da vida material humana nos últimos 300 anos, adquire papel fundamental na orientação da produção e aplicação do conhecimento.

Durante o século XX, portanto, é fundamental reconhecer o complexo bélico-industrial e seu fruto, o complexo médico industrial, como guias decisivos dos rumos da medicina, o que implica na condução do ensino e da prática dos médicos. Todo conhecimento elaborado e apropriado pela medicina, que possa ter “tecnificado a vida excessivamente” tem uma raiz e é ela responsável “direta”³¹ ou “indiretamente” pelas reformulações da própria medicina. Na primeira situação, admitindo-se uma “gênese material-histórica” do *Relatório FLEXNER*” na passagem do século XIX para o século XX, podemos compreender como as forças sociais dominantes e hegemônicas organizaram o conhecimento, bastante influenciadas pela produção científica e

³¹ BERLINER, 1975.

tecnológica originária das ciências naturais (básicas), para que fosse ensinado e praticado em sintonia com o dia- a dia. Decorridos os 10 primeiros anos do século XX já dispúnhamos de um referencial alicerçado e regulamentado convencionalmente para formar médicos. Este fenômeno não poupou outras áreas como engenharia e mesmo a advocacia.

Na segunda situação, no fim do século XX, precisamente a partir das décadas de 60-70, houve uma reorganização mundial do desenvolvimento capitalista fazendo com que o resgate dos princípios liberais e o avanço de um novo liberalismo servissem de instrumento ideológico para as forças hegemônicas e dominantes da sociedade noutro contexto histórico, para que propusessem e determinassem uma nova reestruturação da medicina – ensino e prática -, sem respeitar os padrões de saúde imperativos nacionais e latino-americanos.

Em ambas as situações acima identificadas o sistema capitalista como base econômica do crescimento social influenciou as reformulações da medicina – ensino e prática, também de acordo com seu próprio desenvolvimento.

Do ponto de vista de uma análise e reflexão históricas, pode-se estabelecer um fenômeno nuclear, neste caso a indústria /industrialização, como base material concreta da vida, a partir da qual toda vida humana estrutura-se no período moderno, fatalmente considerando que as transformações evolutivas, científicas-tecnológicas, ocorridas ao longo dos séculos no modo de produção capitalista transferem-se para os homens, na forma de condições materiais – favoráveis e desfavoráveis à manutenção da vida. Nesta perspectiva, em particular para a medicina, há uma linha de união entre o século XIX quando, por exemplo, foi descoberta a vacina anti-rábica por Louis Pasteur, e o século XX quando vacinas para vários tipos de doença puderam ser produzidas a partir de modificações genéticas e industriais.

Uma outra matriz, guardadas as dimensões históricas, é a da relação entre a urbanização inglesa descrita por Engels e a urbanização das metrópoles espalhadas por todo o mundo. Tanto o êxodo rural ocorrido na “transição” do período medieval e moderno quando relações de produção medievais transformavam-se em relações capitalistas, quanto o “êxodo” rural do período moderno mais recente (século XX),

determinado pela industrialização representam movimentos populacionais com respectivas peculiaridades históricas e animados por condições materiais distintas.

Assim sendo, do ponto de vista do pensamento *marxiano*, não existem condições absolutas e concretas de comparação da medicina prévia (Primitiva, Clássica, Medieval) com a Moderna, todavia, mesmo respeitando as distinções de cada período que são inseparáveis e definidas a partir do modo de produção da vida, acreditamos numa mesma motivação básica, qual seja, a corrida em busca de condições de subsistência e sua manutenção. Há muita diferença em analisar a organização da medicina no período moderno com os olhos também voltados para todas as demais transformações que vinham ocorrendo na sociedade e analisar a medicina como área do conhecimento onde o maior interesse está nas relações (de poder) entre os indivíduos a partir do conhecimento, como também demonstra o pensamento de FOUCAULT.

No momento histórico atual, de acordo com as condições materiais inéditas alcançadas e permitidas pelo desenvolvimento do sistema capitalista, é inteiramente possível e mandatário compreender e admitir as diferenças no modo de abordar as doenças, como no caso, por exemplo, da tuberculose. Esta doença milenar, que teve o agente etiológico (bacilo de Koch) descoberto por Robert Koch no século XIX e apesar da elevada mortalidade pôde ser curada no século XX a partir do descobrimento dos antibióticos, continua sendo considerada um enviado da pobreza e das más condições materiais (higiênicas e dietéticas) de vida.

Para a tuberculose, assim como para outras enfermidades, hoje há mais clareza na relação entre as condições materiais necessárias para a manutenção da vida e seu papel na gênese das moléstias. Mas não se trata de descoberta recente e muito menos de abordagem inédita, pois a perspectiva de enxergar a doença do indivíduo como uma forma relevante de descrever o modo como o mesmo vive vem sendo defendida há séculos, porém nunca ganhou destaque no processo de formação médica e ficando à margem do mesmo. Para nós trata-se de um equívoco, pois talvez seja uma maneira singular de constantemente atualizarmos o conhecimento médico de acordo com as necessidades renovadas dos pacientes, a mesma coisa que necessidade de ter saúde e não ter doença, ou ainda, de quando estiver doente poder ser curado e reintegrado à

vida cotidiana. Aproveitar o recrudescimento de várias doenças, o surgimento de outras e a falta de controle eficaz daquelas que não deixaram de desaparecer, na nossa perspectiva, é algo fundamental, basicamente porque hoje, diferente de 50 anos atrás, o homem reuniu condições técnicas suficientes para satisfazer as necessidades materiais de toda a humanidade, o que reduziria bem a morbi/mortalidade relacionada a várias doenças.

O rigor científico-filosófico que defendemos no tratamento da reformulação do currículo médico tem importância na compreensão de questões abordadas no Projeto CINAEM como tecnologização do diagnóstico, situação social do doente, relação entre medicina e sociedade, formação médica³², e no entendimento de quem é o médico e qual é a sociedade dos nossos dias, já que consideramos este conjunto de elementos como resultado histórico de determinações sociais, políticas e econômicas que devem ser detalhadas no campo da medicina.

Desenvolver no aluno uma visão histórica para que ele compreenda como a medicina é parte da superestrutura social e o que ela representa na transformação efetiva das condições materiais de vida é uma tarefa árdua que não pode ser desempenhada a partir da opção filosófica e conceitual adotada no Projeto CINAEM. Numa análise criteriosa do projeto pudemos constatar que a abordagem de alguns “tópicos” podem permitir vieses em algumas áreas do conhecimento que consideramos da maior relevância para que o curso das transformações de que a medicina precisa, seja mantido. Por exemplo, em *Reformulação do ensino médico*, defende-se o ensino de história da medicina, ao lado da revalorização dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos da medicina:

“(...) seria uma temeridade deixar de fora dos currículos, conteúdos de história da medicina que mostram a constituição dos saberes e técnicas médicas... procurando antecipar tendências históricas para a educação médica do próximo século, pode-se afirmar que, assim como a anatomia e a fisiologia foram fundamentos da medicina clássica; a física e a química foram as disciplinas básicas da medicina do século XIX; as disciplinas sociais e ecológicas serão essenciais para a medicina no terceiro milênio. Antropologia Médica, História da medicina, psicologia e Pedagogia social, Sociologia e Epidemiologia, Estatística e Ética Médicas, dentre tantas outras serão pedras fundamentais para erigirmos uma nova teoria da medicina, preocupada com as tarefas curativa, preventiva e reabilitadora, mas também com a melhoria da natureza

³² PICCINI et al. *Projeto CINAEM*, 2000, P 17

*humana e o bem-estar social, através do atendimento adequado a necessidades de saúde de indivíduos e populações(...)*³³

Muitos livros tratam da história da medicina, da sociologia, da antropologia, da ética, etc., separadamente. Por outro lado, são escassos os livros que procuram abordar os mesmos temas, incluindo a medicina, de modo imbricado à história da evolução material humana. É preciso antes de mudar, compreender por que estamos mudando, ou porque queremos um outro currículo e um outro médico. Ao falarmos de história da medicina, e nisto há um viés importante, é preciso saber que ela também pode representar uma perspectiva de analisar-entender as relações entre os homens, portanto não pode ficar restrita a história descritiva das invenções na arena da medicina e desvinculada do contexto de transformações materiais históricas. A história da medicina é parte integrante da história da humanidade e não pode ser entendida como uma peça desarticulada de tantas “outras histórias parciais”. Na perspectiva materialista histórica podemos desenvolver uma história da medicina que mesmo do ponto de vista médico forçosamente permitiria compreender a trajetória humana até os nossos dias. Além disso, talvez fizesse da contribuição da medicina algo indispensável na construção de um norte para o futuro da humanidade, mas concretamente possível e sustentável.

Mas este debate tem ficado distante do que vem ocorrendo nas políticas educacionais e de saúde. É preciso reconhecer que as mudanças hoje propostas para a formação médica seguem um movimento de transformações mundiais que atinge vários setores da sociedade orientados de acordo com os interesses de quem detém capital e os meios de produção. O neoliberalismo representa e resume o ideário que tem servido de referência para que sejam feitas mudanças sociais concretas, as quais, decorridos já 30 anos de neoliberalismo, estão muito longe de permitir melhoria das condições de vida para grandes fatias da população.

Não se pode crer ingenuamente que toda a irracionalidade capitalista que vem arrasando o mundo até este início de terceiro milênio poderia poupar a medicina – ensino e prática – de mudanças expressivas. Apesar da proposta unânime de um

³³ Ibidem, p 18.

currículo “humanizado” ter abrangido as ações governamentais concretamente orientando a formulação de programas municipais de assistência à saúde, percebe-se que não tem havido discernimento entre “políticas compensatórias” e uma real capacidade de promover saúde universalmente, mas não unicamente através da medicina.

Este problemático acolhimento humanitário e solidário que contagia o currículo médico e é sustentáculo para ações de alívio do sofrimento de segmentos da sociedade, no nosso entendimento torna-se impedimento à própria sociedade subdesenvolvida por não ter condições reais de garantir, talvez nem ao menos para uma geração, condições materiais satisfatórias de vida.

Antes de fazer as alterações curriculares preconizadas que podem permitir interpretações ambíguas com reflexos nas ações médicas, e às vezes sem conseguir unir ideologicamente os interesses da medicina ao das grandes populações que buscam saúde, é preciso conhecer de forma detalhada e numa perspectiva histórica o que vem movendo estas mudanças e qual o compromisso destas propostas, afinal “um significativo conjunto de escolas médicas iniciarão o milênio enfrentando o desafio de transformar a educação médica, oferecendo à sociedade médicos mais competentes, humanos e éticos”.

Duas tarefas essenciais nesse processo têm sido admitidas:

*“(...) recuperar a primazia da clínica” e “ampliar o repertório semiológico do médico, através da revalorização das dimensões biológica e psicológica e da efetiva inclusão da dimensão social do ser humano, como forma de enriquecer os processos do diagnóstico e da conduta(...)”*³⁴

Nas últimas décadas a “primazia da clínica” tem sido reivindicada às custas da restrição da tecnologia, da especialização, que se renovam dia a dia. É preciso cautela para endossar tais modificações curriculares, diante dos avanços científicos e tecnológicos conquistados que podem beneficiar todos os homens.

Recuperando-a poder-se-ia incentivar o aprimoramento da semiologia em detrimento do uso desordenado e sem discernimento da tecnologia. Contudo, não nos parece a alternativa mais coerente com um projeto educacional que pretende

³⁴ PICCINI et al. *Projeto CINAEM*, 2000, p 20.

transformar processo de formação profissional e a assistência à saúde, basicamente porque a solução do problema no ensino continua sujeita a um conjunto de ferramentas limitado a própria área de atuação. E, em se tratando de um problema educacional cabe-nos, do ponto de vista de educadores, buscar métodos que permitam, de fato, a educação médica cumprir seu papel libertador.

Habitualmente duas propostas têm sido colocadas como contrárias e com pouca possibilidade de integração. A primeira, mais defendida, tem orientação humanista, voltada para o aprimoramento da semiologia e do raciocínio clínico numa perspectiva de formar progressivamente médicos generalistas “adequados às necessidades sociais” e, neste caso, também úteis aos programas de saúde da família. A segunda proposta, historicamente muito criticada pela abordagem essencialmente biológica e fragmentada do processo de adoecimento e que vem desde o Relatório FLEXNER, estaria atrelada à especialização, aos avanços tecnológicos, à pesquisa ou experimentação, à fama, prestígio, interesses comerciais privados, interesses industriais, patentes, etc.³⁵, tudo recentemente representado pela genética e pela biotecnologia, por sua vez imbricados aos interesses do capital e suscitando questões éticas e morais que surgem da oposição que se faz à expansão irracional do avanço do conhecimento em busca do lucro e não de melhores alternativas para vida humana. Enfrentar esta situação e buscar uma síntese entre ambas - a nova e a velha proposta – tem sido difícil. A própria limitação da compreensão do problema que ambas perspectivas teóricas se impõem ao persistirem

³⁵ Podemos considerar que no século XX a matriz capitalista para a medicina, na sua interface com a tecnologia consolida-se a partir do Complexo Médico Industrial do pós-guerra, desdobrando-se, no século XXI, em Projeto GENOMA, clonagem de animais e técnicas de reprodução humana e inseminação artificial, produção de drogas. Em 30 anos a participação da biotecnologia nas pesquisas médicas é inegável e cresceu enormemente demonstrando quão complexa e intrincada é a relação medicina-capitalismo. É importante ressaltarmos que as motivações básicas originárias para inclusão do Brasil no Projeto GENOMA, não são diferentes daquelas que motivaram Pasteur, no século XIX, a fazer descobertas que melhoraram a produção na pecuária e na indústria. Assim, hoje, como naquele período, as pesquisas com propostas distintas muitas vezes interessaram à medicina e permitiram seu avanço. No fim do século XX o Brasil passou a fazer parte de um refinado grupo mundial de pesquisas na área do genoma. O foco em comum: uma bactéria que ataca as frutas cítricas, precisamente a laranja. É importante observar que esta praga faz com que as frutas cítricas sejam menores e a produção por árvore seja menor. A partir da bem sucedida participação brasileira neste projeto surgiu um outro projeto: pesquisas relacionando genoma e câncer. Novamente um novo elemento “anima” as pesquisas em medicina atualizando a antiquíssima relação medicina-indústria capitalista. Aliás, uma característica das pesquisas burguesas é sua necessidade intrínseca de fragmentar o objeto investigado para estudá-lo detalhadamente na sua complexidade e no enredamento das relações com aquilo que o cerca. Isto se acentua com os avanços em biologia molecular e informática contemporâneos.

numa abordagem estritamente médica e por crerem numa solução isolada, dificulta achar uma saída para os problemas médicos – ensino e prática -, particularmente da sociedade brasileira. Elas expressam a onipotência e pretensão da medicina que se julga capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde do homem. Desse modo, cada um no seu campo do conhecimento resolveria o problema: aqueles preocupados e afinados com os avanços biotecnológicos, com as pesquisas, acreditariam que a resolução da maior parte dos problemas de saúde de hoje, ou ao menos dos principais estaria em projetos mundiais como o GENOMA. Já aqueles preocupados com a possibilidade de atender ao máximo, e de forma mais ampla, as necessidades de saúde da população, estariam dispostos a trabalhar em locais remotos do Brasil onde a prioridade não é de assistência médica específica e exclusiva - embora parecesse devido ao grau de adoecimento da população -, mas sim de assistência material mínima-básica - alimentos, moradia, água e esgoto tratados, roupas, emprego e poder aquisitivo mínimo. Para a classe dominante, a presença de profissionais da saúde, particularmente médicos, nestes locais é altamente positiva e imprescindível para o sucesso de programas como de “saúde da família” (PSF)³⁶ além de ter um caráter ideológico na manutenção radical do estado das coisas inalterado. Prova disso é que podemos analisar as características populacionais e geográficas das localidades onde há o PSF numa perspectiva mais detalhada, como a sugerida por SEN³⁷.

Defende o autor que a linha de pobreza utilizada para definir contingentes da população com renda baixa é uma medida imprecisa que estaria deixando de considerar as possíveis variações-graduações da pobreza e fatores outros que poderiam fazer com que o menos pobre (renda maior), na realidade durante sua vida cotidiana estivesse vivendo em condições de pobreza piores que aquele com quem foi comparado que possui, por exemplo, uma renda menor. Não é nosso objetivo explorar esta situação, mas tê-la aqui para aceitar o exemplo da pobreza e suas possíveis “particularidades” populacionais muitas vezes imperceptíveis aos índices tradicionais, como o IDH (índice de desenvolvimento humano - criado com a participação deste

³⁶ Cf. em “ANEXOS” o perfil sócio-econômico de algumas das cidades com *Programa de Saúde da Família*.

³⁷ SEN, Amartya. *Desigualdade reexaminada: Pobreza e afluência*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

autor), lembrando-nos que a assistência primária, também como medida geral para resolver o problema de saúde dos mais pobres, pode ser um equívoco justamente porque vê a saúde somente do ponto de vista médico-assistencial, se esquecendo que há fatores, mesmo além da própria renda, contribuintes para o adoecimento. Isto tem sido ignorado pelos “educadores médicos atuais”, ou considerado problema que não compete à educação e assistência médicas. Atender às “necessidades sociais” da população é muito vago sendo fundamental um detalhamento das “necessidades” com auxílio de outras áreas, principalmente a história econômica e política da evolução da sociedade brasileira. A promoção à saúde é algo muito mais amplo e complexo que a transferência do local da assistência à saúde para a periferia das metrópoles e grandes cidades, ou para longínquas regiões interioranas do país.

Talvez se estes profissionais da saúde estivessem cientes desta gama de dificuldades a serem enfrentadas e da complexa trama onde os problemas de saúde se misturam com problemas básicos estruturais, crônicos do Brasil, eles poderiam se posicionar de modo crítico e se tornariam representantes legítimos e ativos de grande número de indivíduos que na realidade são uma mescla de doentes-moribundos-miseráveis-excluídos. Deste modo não resumiriam suas ações apenas a um assistencialismo alienado, que muitas vezes beira a hipocrisia, ou o mercenarismo.

Quando se fala em formação médica, em reformulação do currículo de medicina em função de um novo profissional indispensável e adequado às “necessidades sociais” é preciso compreender a estruturação da sociedade contemporânea brasileira, admitindo o momento atual não apenas de modo isolado e sem relação com períodos progressos da história da sociedade moderna capitalista. Esta possibilidade de ampliar a compreensão da sociedade não ocorrerá se o médico for re-instrumentado para desvendar o real com o arsenal tradicional apenas renovado e que já pode estar ultrapassado em vários aspectos por não permitir a antecipação de vários problemas de saúde novos (psíquicos ou somáticos) como doenças degenerativas, do envelhecimento, ambientais, ocupacionais, além de não permitir um redimensionamento de doenças velhas (tuberculose, doenças de Chagas, esquistossomose, etilismo, desnutrição, etc.).

Na perspectiva educacional materialista histórica a “primazia da clínica” isoladamente como um dos principais guias da nova educação médica é imprecisa, mas não é dispensável. O resgate da semiologia não pode ser uma ação reflexa à recente revalorização da clínica. Temos insistido neste aspecto por que o próprio Projeto CINAEM (PICCINI et al. 2000, p40), procura dar um novo enfoque ao ensino da semiologia clássica. Sabemos do seu significado para o ensino, porém mantê-la integralmente no currículo sem uma nova fundamentação parece anacrônico, basicamente porque surgem novos grupos de doenças, com seus respectivos determinantes que não podem mais ser apreendidos e averiguados com o mesmo instrumental da semiologia clássica que também vem sofrendo forte coação dos avanços tecnológicos, nalgumas situações mais precisos. Até para que a própria semiologia seja preservada de uma avalanche tecnológica nos procedimentos de diagnósticos sem o devido discernimento, é preciso que seja reformulada em conjunto, e “de olhos”, nos progressos dos exames complementares e nos exames necroscópicos, talvez isto lhe desse mais prestígio naquilo que pode servir ao médico e evitasse preconceitos em relação à própria disciplina, ou sua utilização nostálgica. O exercício da clínica tem que ser pensado em função do paciente do século XXI e para isso deve-se priorizar o aprendizado daquilo que é fundamental para uso diário, desde os componentes mais simples até os mais complexos, inclusive associando outros elementos úteis no diagnóstico das doenças e que não necessariamente são captados pela semiologia clássica³⁸. Seu significado poderá ser ampliado podendo ser vinculado a outras ferramentas como a necropsia (correlação clínica-morfológica-tecnológica), aos estudos epidemiológicos (coorte, caso controle, transversais, retrospectivos, populacionais) e pesquisas clínicas (estudos estatísticos, histórico das populações e seu estilo de vida), etc. Diante da maciça produção científica nunca foi tão importante, a fim de orientar as atividades práticas diárias, separar o que há de qualidade para servir os homens doentes daquilo que é fabricado com interesse de mercadoria. Há ainda um complexo e obscuro imbricamento entre doenças (das infecciosas até as degenerativas e mesmo do câncer) e condições materiais de vida (alimento, meio ambiente, poluição,

³⁸ Um campo de pesquisa para uma revisão da semiologia e do uso dos equipamentos médicos é o da pediatria. Nem sempre o emprego de técnicas propedêuticas e o uso de equipamentos herdados do cuidado clínico do adulto trazem benefícios absolutos à clínica infantil.

poder aquisitivo, moradia, atividade profissional, etc.), e os médicos deverão saber discutir aspectos econômicos, políticos, sociais com seus pacientes na hora de oferecer possibilidades de promoção da saúde –individual e coletiva.

No século XXI as condições materiais em que vivem as pessoas pode ter significado amplo no leque de diagnósticos de doenças tanto precocemente quanto preventivamente e, buscar novas evidências no que se refere aos mecanismos das doenças, aos melhores meios de diagnóstico e os melhores tratamentos é um imperativo inadiável, como têm mostrado as pesquisas contra o câncer e as doenças cardiovasculares.³⁹

Tudo isto merece, no mínimo, uma intensa reflexão, porque poderíamos selecionar o que efetivamente nos serve, não só da semiologia clássica, mas de outras disciplinas usadas na formação técnica do médico e economizar um tempo precioso gasto durante a graduação com conhecimentos muito mais tradicionais do que relevantes. Nós não temos dúvida que esta seria uma forma lógica, dialética e crítica de readequar o currículo médico aos novos tempos do capitalismo ao invés de ter que aceitar as imposições do ministério da educação para que se cumpra um “currículo mínimo”, ou as diretrizes curriculares⁴⁰.

Assim sendo, é indispensável uma “nova” semiologia que não fique presa ao exercício da clínica geral do passado. A história da medicina mostra que as técnicas e manobras de investigação de determinadas doenças foram sendo aprimoradas sucessivamente para que o diagnóstico fosse mais claro, definido e rápido. Na sua origem a semiologia foi a expressão mais depurada da capacidade dos médicos compreenderem os mecanismos das doenças para defini-las e assim estabelecer um tratamento adequado. Este fenômeno tem “endereço” material-histórico preciso na

³⁹ Aqui a medicina baseada em evidências poderá ser de grande utilidade, mas necessitará do incurso das ciências políticas, economia, história permitindo que tais revisões tenham implicações sociais maiores e profundas, desvendando interesses alheios aos da promoção da saúde e também dos pacientes. Cf. STRATUS, ES; MCALISTER, FA. – *Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms*. Canadian Medical Association Journal 2000; 163 (7):837-841. Entre "prós e contra", a medicina baseada em evidências aparece no início da década de 90 do século com apenas uma citação no *MEDLINE* (1992) e, em 2000, foram 2957 citações, anunciando-se como “processo de buscar/encontrar sistematicamente, aproximar e usar achados de pesquisa contemporâneos que sirvam de base para decisões clínicas”.

⁴⁰ BOCK 2001.

evolução da medicina e do homem moderno que corresponde a um período em que outras ferramentas para definir as moléstias e tratá-las ainda não existiam. A idéia de uma “semiologia clássica” eterna não pode fazer parte dos processos semiológicos do ensino de medicina no futuro, ou seja, a semiologia deve rever aquilo que está ultrapassado e que tem sido defendido pelo aspecto ideológico que representa junto à formação de médicos generalistas para os programas de saúde da família do Ministério da Saúde sob orientação do Banco Mundial. Este viés da “primazia da clínica” e da “semiologia clássica dos livros” esconde a formação de profissionais menos onerosos para o sistema público de assistência médica (nível primário) e sustenta a ilusão de que o médico e a população podem ficar longe da melhoria nas condições materiais para sobrevivência dos homens e distantes dos avanços científicos da medicina moderna. Numa perspectiva materialista histórica, os aparentes extremos – humanização X tecnologização – existentes na medicina e que hoje alimentam longas discussões sobre a organização do currículo médico, na realidade escondem interesses para facilitação do desdobramento e expansão do capital mundial. Escondem a faceta neoliberal promovendo, simultaneamente, em benefício do capital, políticas compensatórias e facilidade nos negócios. No final ambas ações contribuem para uma mesma situação, desconhecida dos envolvidos em educação médica, de exclusão, promoção de desigualdade e barbárie.

A proposta de reformulação do currículo médico está longe de propor o desenvolvimento de um profissional médico que, apropriando-se da atual tecnologia, pesquisando, desenvolvendo o conhecimento médico criticamente, e estando respaldado pelo crivo da história da evolução dos modos de produção da vida, possa contribuir na formação de uma sociedade realmente saudável, onde sua dimensão humanista não se restrinja à solidariedade incerta/inconstante, nem aquela do tipo sacerdotal, assistencialista, paternalista, mas que se mede pela convicção na necessidade de resistir de forma planejada pela construção de uma sociedade com maior distribuição de renda.

Durante o século XX os avanços tecnológicos permearam progressivamente o processo semiológico, porém nem sempre de modo necessário à elucidação diagnóstica. Estabelecer uma síntese da semiologia para o futuro implica em não

abordar o paciente apenas com o instrumental dos livros clássicos de semiologia⁴¹, mas também estar ciente dos usos e abusos da tecnologia. Há uma possibilidade de “filtrar” a semiologia atual através da integração entre áreas do conhecimento, tarefa que seria auxiliada pela correlação anátomo-clínica⁴². Mas é valioso ressaltar que as atividades integradas a partir da correlação clínica só podem fornecer uma conclusão efetiva se houver o incurso das análises políticas, econômicas e históricas daquilo que foi alcançado para determinados pacientes ou grupos de pacientes.

De acordo com a trajetória do Banco Mundial e seu recente “namoro” com o setor da saúde, não podemos negar que esta primazia da clínica favorecerá a formação de profissionais essenciais aos programas do tipo médico de família e à assistência primária.

Ninguém questiona o valor de um médico com uma boa formação generalista para conduzir e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, ou que saiba encaminhá-los oportunamente. Esta formação é muito bem vinda inclusive para um especialista e até mesmo um cirurgião. Contudo, esta proposta curricular esbarra em alguns obstáculos:

- o mercado de trabalho saturado de especialistas nas grandes cidades tem compelido estes profissionais a assumirem a função de generalistas nos serviços públicos de assistência médica;
- os argumentos para separar o próprio especialista do local de excelência para o exercício da assistência primária nem sempre são convincentes e vão contra a lógica do mercado, das escolas de medicina, da população que se serve da assistência privada e dos avanços da ciência;
- as análises retrospectivas dos serviços de assistência médica mostram que os médicos generalistas são profissionais com uma relação custo/benefício muito boa principalmente quando comparamos o exercício desta medicina com aquela praticada nas décadas de 70 e 80 do século XX. Algumas

⁴¹ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.37

⁴² As atividades que se orientam por esta técnica, como por exemplo os estudos necroscópicos, procuram demonstrar os efeitos do exercício clínico-cirúrgico cotidiano na vida dos pacientes. A reflexão sobre estas atividades permite iluminar o passado com possibilidade de intervenção contínua nas ações futuras. Por exemplo, a necropsia como técnica pedagógica integradora permitiria uma ação conjunta das disciplinas básicas, das disciplinas clínicas e da epidemiologia materialista histórica.

empresas privadas de assistência médica preferem estes profissionais, principalmente se forem especializados na área;

- por exercerem uma medicina menos onerosa estes profissionais preenchem os requisitos definidos pelo Banco Mundial para organizar o sistema de saúde público, isto é, aquele baseado na assistência primária e de acordo com programas de saúde da família, voltados para os segmentos excluídos da população. Isto é perfeito para os Estados do Terceiro Mundo que absorvem muito bem as recomendações do Banco Mundial, como o Estado brasileiro, determinado a cortar gastos nos vários setores prestadores de serviço e que ainda não conseguiu oferecer condições materiais de vida satisfatórias aos segmentos historicamente excluídos da população. Na realidade, a primazia da clínica adequará a medicina aos novos tempos de um “novo liberalismo” para ser usada como instrumento compensatório. Os profissionais inseridos em locais inóspitos serviriam, pelo menos por algum tempo, para adiar a necessidade de transformações materiais efetivas, custariam menos aos cofres públicos e demonstrariam, demagogicamente, a “preocupação” do Estado com a saúde dos miseráveis, pois estaria levando assistência à saúde através de uma equipe multidisciplinar para locais onde nem sempre há oferta e tratamento de água, moradias adequadas, alimentos, vestuário, escolas, transportes, lazer e emprego, para grande maioria dos cidadãos.

Nós acreditamos que este conjunto de medidas deve ser interpretado considerando a preocupação da medicina com a manutenção e preservação da saúde do trabalhador pelo que representava como vendedor de força de trabalho na sociedade industrial do século XIX. Hoje, num contexto de desemprego mundial crescente possível graças à tecnologia (“mecatrônica”), não pode haver a mesma motivação para “cuidar” da força de trabalho.

O modelo de “medicina social” que surgiu há mais de 100 anos era necessária e possível graças à própria evolução técnica da humanidade capaz de atender suas necessidades materiais de outra forma e, dentre elas, atender as demandas dos que

adoeciam em decorrência do próprio modo como se alimentavam, moravam, trabalhavam e assalariavam-se. Esta nova sociedade tinha um objetivo fundamental de encontrar força de trabalho saudável para movimentar a indústria capitalista. Portanto, um dos principais objetivos da assistência médica moderna, lógica, racional era melhorar a qualidade de vida dos homens o suficiente para constantemente reintegrá-los ao trabalho. A medicina adequar-se-ia à esta nova situação sendo cobrada constantemente. Isto serve também para a escola médica moderna. Proporcionar qualidade de vida através da medicina – ensino e prática -, ainda que para homens que trabalhavam de 12-14h/dia, era também uma forma de afastar o homem da morte, adiando-a e mantendo, constantemente, a força de trabalho disponível para sua venda em troca de condições de materiais de subsistência – “salário mínimo”.

Não interessava aos industriais e aos povos que sobreviveram às revoluções política e econômica no continente europeu do século XVIII entregar aos deuses seus mortos decorrentes da estruturação da sociedade capitalista. A sociedade mudara bastante tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista político determinando um novo e complexo grau de organização social onde os direitos dos homens passaram a ser definidos e estabelecidos para que alcancem a todos.

A história da medicina que ainda prevalece na modernidade ainda é a mesma: promover saúde através do combate às doenças humanas de forma pontual, curando ou prevenindo, e ignorando a possibilidade promover saúde principalmente através do fornecimento de condições materiais básicas para sobrevivência.

Gradualmente, na medida em que cresceram ao longo do século XX as condições de satisfação das necessidades materiais para manter a vida, intimamente ligadas ao progresso científico propiciador de melhorias técnicas substanciais, a medicina distanciou-se da perspectiva de compreensão extensa da doença como um processo complexo e multifatorial e dedicou-se a ampliar os conhecimentos reduzindo-se aos limites da compreensão admissíveis para o âmbito das “ciências naturais”.

Se aceitarmos que, “ontologicamente”, de acordo com uma base material, o médico está ligado à promoção da saúde, da vida, ou ao fim da morte, da doença, do sofrimento, desde que existe como elemento social responsável pela promoção da saúde e bem estar nas tribos primitivas é possível acolhermos esta matriz da medicina

mesmo numa sociedade moderna. Através do âmbito da ação profissional o médico tem contato com uma parcela das necessidades sociais ao estabelecer relações com seus pacientes.

Numa perspectiva mais larga e consistente, ou talvez num grau mais avançado de racionalidade, possamos também admitir que para afastar a morte o médico precise renovar seus conhecimentos, que vão desde técnicos até políticos, econômicos, estatísticos, históricos, etc., como entendemos atualmente. O incurso das ciências humanas baseadas no materialismo histórico e na dialética *marxiana* pode ser decisivo. Isto orienta e anima nossa ambição política de querer modificar o currículo médico neste início de século.

É possível encontrar intelectuais que já no século XIX consideravam a articulação da medicina moderna com os avanços tecnológicos e a realidade material da sociedade que também adoecia. Portanto, estas articulações não são novas, assim como alguns elementos que hoje ganham destaque no currículo médico do século XXI, reforçando o que nós chamamos de “possível caráter ontológico da medicina”, mas a partir de uma perspectiva analítica materialista.

Algumas das marcas da medicina moderna atual - “tecnologia, experimentação científica, estatística, biologia molecular”⁴³ - nos reportam ao período dos homens que fizeram a história do capitalismo incipiente⁴⁴ e permitem estabelecer uma conexão do passado com o presente. Certos personagens⁴⁵ deste período têm nos servido de referenciais teóricos por apresentarem um modelo de abordagem da realidade social cotidiana que ainda é atual. Ambos expressam o refinamento intelectual racional e compreenderam de forma global, cada qual no seu campo de conhecimento privilegiado, o funcionamento da sociedade e o que representava, na transformação social concreta, a figura do intelectual. A atitude teórico-prática diante da realidade revelada por estes críticos adquire maior seriedade em função da tendência da educação médica atual de opor-se a predominante “tecnificação da vida”, onde

⁴³ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p16.

⁴⁴ HOBBSAWN, E. *A Era das Revoluções (1789-1848)*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. Dos principais acontecimentos sociais neste período de franca industrialização e de profundas modificações na estrutura social, o avanço científico é uma das expressões da intensa transformação intelectual.

⁴⁵ Rudolph Virchow, Friedrich Engels, Karl Marx.

predomina a base teórica das ciências biológicas, para privilegiar a abordagem “psicossocial do sofrimento”, onde a base teórica está ligada às ciências humanas. Nós entendemos que aqueles pensadores expressam a possibilidade de aliar e utilizar os avanços científicos e tecnológicos à possibilidade de transformação da realidade social. Novamente os referenciais filosóficos, conceituais são cruciais.

O Projeto CINAEM (PICCINI et al. 2000, p.37) condena a desarticulação entre as duas perspectivas de abordagens dos problemas de saúde que, em teoria e de acordo com a grade curricular sugerida, há tempos se propõem a trabalhar atreladas, como fizeram nossos referenciais de forma original há mais de um século. O ciclo básico cumpre, através das disciplinas, a finalidade de promover a compreensão do processo saúde-doença no indivíduo, apenas do ponto de vista biológico, não havendo interface com outras disciplinas como saúde coletiva, saúde mental, e muito menos com aquelas próprias das ciências sociais, como economia, história, política, etc.

Quando se fala em “primazia da clínica” devemos destacar que um dos pilares para formação de generalistas é a semiologia médica. Mas ela própria também seria uma das responsáveis por este processo de separação do estritamente biológico daquilo que é estritamente psicossocial, devido sua incapacidade de integrar os significados morfofisiológicos com as ciências humanas, saúde coletiva e mental, etc. Em função disso, como suportar o fato de que há importância nos avanços científicos conseguidos nos últimos 150 anos? Como integrar hoje conhecimentos atualizados e provenientes de diversas áreas sem prejuízo de nenhum deles e maximizando sua integração em benefício da promoção da saúde?

Sem uma perspectiva filosófica definida não há como reconhecer o significado e a lógica da reunião desses campos de informações para promover sua articulação com aquilo que aparentemente é distinto, incompatível, intangível, e evitar que os próprios criadores do conhecimento - os cientistas, pesquisadores, filósofos, sociólogos, cientistas políticos, economistas, médicos, arquitetos-urbanistas, etc - sejam alheios uns aos outros. Do contrário, como admitir o mesmo “rótulo” para Virchow, Engels, Marx, entre outros? Como compreender que figuras distintas e atuantes em setores caracterizados tenham a mesma motivação para transformar a realidade da sociedade capitalista?

Quando buscáramos compreender o currículo médico atual e as transformações que vem sofrendo, tivemos necessidade de compreendê-lo através da própria história da educação médica moderna, e não através da compilação de grades de disciplinas. Através dos modelos curriculares da transição do século XIX para o século XX podemos subentender qual foi o grau de “adequação” alcançado pela medicina em relação às necessidades de saúde. A orientação do desenvolvimento científico apontando na direção de uma separação dos conhecimentos produzidos ou na especialização, prevaleceu, fazendo com que a direção apontada por Virchow, Engels, Marx, etc, onde a medicina estaria mais integrada com o desenvolvimento material total da sociedade. A fragmentação e aprofundamento das várias áreas do conhecimento regida pelo desenvolvimento das ciências naturais é soberana durante a maior parte do século XX. Na década de 60 deste, com o projeto neoliberal pronto, houve o ingresso das ciências sociais para orientar a construção das linhas de ensino-prática da medicina humanizada, mas que, na realidade, serviria à ideologia neoliberal. A compreensão dos problemas de saúde na perspectiva das ciências humanas, das ciências sociais, economia, etc. pode favorecer a emancipação social. Um dos aspectos mais relevantes para educação médica a ser extraído da vida e obra de ambos os autores é a relação, ainda mal definida e detalhada e por vezes desacreditada, entre gênese de doenças e seus determinantes dependentes das condições materiais de vida dos homens. Se naquele período muitas eram as suposições, hoje muitas delas têm condições de comprovação ou, ao menos, não têm podido ser refutadas.

“(...) It is becoming increasingly clear that somatic mutations and related somatic events must now be considered as possibly playing a major role in causing diseases other than cancer, including those that become manifest only later in life, such as Alzheimer’s disease and the various forms of arthritis, as well as the many other different rare forms of pathological conditions that can occur at any stage starting in the embryonic period. The accumulation of somatic mutations as we age may be an important factor in the aging process. What Virchow called the changes in the “economy” of the body we can now call changes in “somatic ecology(...)”.(WAGNER 1999, p.920)

E neste momento do desenvolvimento capitalista, a possibilidade de uma interpretação “engelsiana-virchowiana-marxiana” da sociedade e da medicina se faz necessária à saúde da própria medicina para que “acorde desse sono profundo” que já

dura um século e adote outras maneiras de proporcionar saúde e vida e evitar doença, sofrimento e morte, que não seja aquela basicamente técnica – seja na assistência primária, seja na terciária -, sem a preocupação de que a posição científica alcançada seja ameaçada.

É importante salientar que esta desarticulação entre áreas e conhecimentos, tão criticada pelo movimento da educação médica humanizada, deve achar justificativas concretas no próprio capitalismo dos séculos XIX e XX e na medicina desse período, e não aceitar explicações usuais e superficiais como: “a culpa é da excessiva racionalidade técnica, do biologicismo, etc.”.

Urge desvincular a idéia de racionalidade original, iluminista, burguesa, da idéia do uso mercantilista, uso irracional dos grandes avanços científicos-tecnológicos da humanidade.

Afinal, como faremos a adequação entre a pesquisa do Projeto GENOMA e a melhoria das condições materiais ambientais de vida para maioria da população do planeta com intuito de promover saúde?

A experimentação científica, o crescimento e renovação da tecnologia e atualmente o uso da estatística não são fenômenos novos e vêm de um movimento teórico-prático inaugurado na modernidade. É um equívoco admitir que são inovações, pois há 200 anos já surgiam orientando o desenvolvimento industrial-social, e da própria medicina que, por sua vez, “usufruiu e municiou” o próprio desenvolvimento industrial. Desde o capitalismo incipiente se tornaram uma necessidade moderna que se aprimorou e aprofundou-se em vários campos do conhecimento, incluindo a medicina. Recentemente (década de 90 do século XX), além da primeira experiência com a clonagem de animais (ovelha Doli) e da produção de alimentos transgênicos, vacinas, já se fala na clonagem de seres humanos. É essencial ressaltar que cada onda de descobertas cientificamente embasadas e com aplicabilidade social e/ou industrial encontram um eco na história da política e da economia modernas. Igualmente, é preciso admitir que a relação entre melhorias científicas-tecnológicas, indústria capitalista, economia política e interesses sociais não é orgânica-equilibrada e nem

portadora de interesses comuns⁴⁶. Até o início do século XXI a matriz da relação medicina-indústria capitalista originária do Complexo bélico-industrial foi poupada.

Agora a relação entre indústria capitalista-medicina-ciência/tecnologia⁴⁷ será animada pelos avanços na área da informática - biotecnologia, pela lei de patentes, pelas pesquisas genéticas (Projeto GENOMA, a clonagem de seres vivos, a produção de alimentos transgênicos, ou geneticamente modificados, a produção de drogas contra o câncer e a AIDS, etc.), e por uma necessidade vital de organizar e inter-relacionar a grande quantidade de dados e conhecimentos produzidos.

Em suma, com uma aparência nova - clonagem, biotecnologia, modificação genética, etc. -, mas com o mesmo elemento propulsor-alimentador - investimento de capital e produção de lucro – a moderna busca científica para renovar-aprimorar a tecnologia industrial obedece ao seu movimento. Na perspectiva do pensamento *marxiano*, equivale a reconhecer que a indústria capitalista tornou-se a nova base da vida, ou das relações dos homens entre si e com a natureza. Mas estas relações não são desvendadas integralmente. Vários elementos continuam sendo ignorados desde o século XIX como mostra a figura de Louis Pasteur que no nosso entendimento expressou a relação medicina-indústria capitalista. Antes da identificação do *Carbúnculo* e a criação de uma vacina que controlou a praga que dizimava rebanhos

⁴⁶ LANDMANN, J. *A ética médica sem máscara*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1985. _____ . *Evitando a Saúde e promovendo a doença*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986.

⁴⁷ Há também uma outra interface entre medicina-indústria-ciência-tecnologia, que é aquela que libera força de trabalho humano, causando desemprego em larga escala mundial que, associado à redução da cobertura do Estado-Providência, alimenta os serviços de assistência à saúde através do adoecimento, da miséria, da pobreza. Cf. KELMAN, S. *The social nature of the definition problem in health*, *International Journal of Health Services*, 1975, 4, 625-642.

Veja, revista. *A maior aposta da Ford*. (17), 108-111, 2002 (maio). “(...) Quase sem parafuso: em vinte anos, o tempo necessário para produzir um carro caiu de uma semana para apenas 24 horas(...)”.

	ANOS 80	2002
VEÍCULOS / EMPREGADO / ANO	10-20	100-150
TEMPO DE PRODUÇÃO DO CARRO	5-10 DIAS	24 HORAS
NÚMERO DE PEÇAS DE UM CARRO	4MIL À 6 MIL	500 À 1000
CARRO PROJETADO PARA DURAR	3 ANOS	10 ANOS
MAQUINÁRIO	MANUAL	50% ROBOTIZADO
NÚMERO DE FORNECEDORES	1000	100
ESTOQUE	30 DIAS	1 DIA
PRODUÇÃO ANUAL	600 MIL VEÍCULOS	1,6 MILHÃO

franceses, e antes da pesquisa de uma vacina contra a hidrofobia (*raiva*), Pasteur já havia pesquisado o fenômeno da fermentação de vinhos e cervejas, melhorando o processo, e já tinha pesquisado a moléstia do bicho da seda. Em ambas as situações salvou a indústria francesa dos prejuízos. Segundo OLIVEIRA (1981, p.397-8)

“(...) Sua fama crescia à medida do aparecimento das descobertas com suas aplicações. A economia da França se beneficiava tanto na agricultura e indústrias nela baseadas, quanto na pecuária, e a Nação, agradecida, cumulava com honrarias e distinções o grande sábio, compensando-o moralmente(...)”.

Esta nova reorganização da sociedade atual vista do ponto de vista do pensamento *marxiano*, isto é, do materialismo histórico e da dialética *marxiana* tomados como referenciais filosóficos, conceituais, pode nos permitir não desperdiçar o inédito potencial transformador do período neoliberal. O conceito de que o homem e a consciência humana são historicamente construídos e determinados a partir do modo como são produzidas as próprias condições materiais para a sobrevivência, ou seja, do modo como os homens se inserem na cadeia produtiva e das relações que constroem entre si são fundamentais para o processo de transformação das condições materiais da sociedade.

Este reconhecimento é importante pelo fato de voltar a considerar algo que no século XIX e no século XX teve papel secundário na compreensão da gênese das doenças: a relação entre o processo de adoecimento e as condições materiais sociais.

Por mais significados que possa ter tido a filosofia *marxiana* nas análises sociais, na estruturação e organização das ações de intervenção no real por todo mundo nos séculos XIX e XX, e nisto se inclui inclusive o movimento *Antipsiquiatria* do qual fez parte Michel Foucault, o que é fundamental para as interferências no currículo médico e pode permitir alguma chance de transformação na educação médica é a possibilidade de considerar a doença e morte ou, saúde e vida, como determinadas também pelo modo como os homens vivem, pelo que comem, bebem, como e onde dormem, onde e no que trabalham, onde e como moram, quanto recebem de salário, ou seja, avaliar cientificamente, a partir de estudos estatísticos e da epidemiologia materialista histórica, todos estes elementos.

Isto é distinto do modismo que usa os estudos epidemiológicos como ferramenta de trabalho sem uma problematização-politização das situações abordadas. Esta possibilidade enriquecedora está escapando dos projetos de reformulação dos currículos de medicina (como atualmente no Projeto CINAEM) pela falta de definições precisas e orientadoras intrínsecas a alguns referenciais filosóficos que permitem múltiplas interpretações de um mesmo fenômeno. Mesmo usando as ferramentas da sociologia, da história, da antropologia, da economia, etc., tais lineamentos permitem vieses e podem transparecer que as idéias e a organização teórica estão afinadas buscando objetivo comum, quando na realidade há semelhança no nível retórico sem correspondente fundamentação científica teórica e prática comprovada.

O modo habitual de reconhecimento das doenças ainda é a partir do início dos sintomas. Mudar esta noção do início delas para outra em que se considera a doença como estando condicionada radicalmente a qualquer desvio material parece oportuno e, hoje, diferente de um século atrás, cientificamente há maior respaldo científico para desvendar e reconhecer esta relação. Desse modo, se o médico é o responsável pela compreensão do processo de adoecimento para tentar interrompê-lo e afastar o sofrimento e a morte dos pacientes, ele deve compreender a doença amplamente.

A abordagem do real que passou pelo crivo da história e na atualidade nos consente entender de modo mais profundo a relação entre as mudanças nas condições materiais de vida e como interferem, direta e indiretamente, na gênese das doenças e, além disso, também nos permite trabalhar projetando um futuro material mínimo e sustentável para grande parte da humanidade é o materialismo-histórico e a dialética *marxiana*. Para a educação médica seria usada como ferramenta básica para acelerar o amadurecimento intelectual através de uma concepção científica das transformações evolutivas da humanidade.

A decisão do Projeto CINAEM de admitir a "sobredeterminação social da doença" e entender o significado de ensinar o modo como se dá sua influência no processo de adoecimento talvez pudesse ser ampliado, o que facilitaria a compreensão de que as doenças também indicam o modo como os indivíduos produzem suas condições de sobrevivência, ou estão inseridos na cadeia produtiva e numa classe social. Michel Foucault integra o movimento *Antipsiquiatria*, que faz parte do ativismo

político da década de 60 (século XX), de onde surge uma psicologia social que se baseia no pensamento *marxiano* (psicologia marxista ou sociologia marxista) para avaliar a relação entre psicologia e formação social. Suas análises, portanto, são relevantes para maior compreensão das relações sociais, em particular no campo da medicina. Entretanto, adotar seu pensamento para revelar o que há nesta relação antiga e dinâmica e organizar modificações curriculares não parece acertado por faltar a devida compreensão articulada e da complexidade da medicina com os diversos setores da sociedade. Apesar disso, ele pode enriquecer o debate e a historiografia sobre a medicina moderna. Também denominados de “imanentistas” estes teóricos acreditavam que os distúrbios de comportamento tivessem origem nas condições sociais de vida das pessoas, mas não formavam um grupo singular e dirigiram suas críticas em muitas direções. Disto decorre que há apropriação do pensamento *marxiano* sem o devido respeito ao caráter materialista-histórico e científico.

Segundo BROWN (1984), no decorrer do século XX a sociologia médica baseou-se principalmente no positivismo para abordar as doenças mentais, ignorando os estudos da “sociologia exterior”. A oposição à psicologia “behaviorista” passa a ser feita pela tendência “humanista” que considera os fatores sociais no desenvolvimento do homem, como também responsáveis pelas doenças psíquicas. O campo da doença mental no decorrer do século XX é complexo e apresenta várias tendências, e desmembramentos teóricos e analíticos. Contudo, o pensamento *marxiano* serviu como referência para a elaboração das críticas ao modelo teórico-prático vigente de base positivista, “behaviorista”, “biologicista”, isto é, admitia-se que as doenças decorriam das heranças genéticas com pouca interferência das condições sociais. Mesmo as instituições de tratamento das doenças mentais sofrem críticas (*custodialismo*),

“(...) consistent and convergent tendency of opposition directed against positivist method in the study of abnormal human behavior (...)”.(BROWN 1984, p. 257)

No curso das transformações políticas, econômicas, culturais do século XX, e particularmente na década de 60, existiram tentativas de generalização da “psicologia marxista”, ou “sociologia marxista”, que produziram quatro correntes de pensamento:

freudo-marxismo; ideologia-crítica; o “modelo médico marxista” e o marxismo ortodoxo.

Mesmo não sendo rigorosamente usado como uma opção teórico-filosófica o pensamento *marxiano* serviu de referência para sucessivas críticas às más condições de vida e mesmo como “força motriz política” para mudanças sociais concretas. Em resumo, interessa-nos o fato de Michel Foucault fazer parte do movimento (*Antipsiquiatria*) contrário à sociologia médica (positivista) e, mesmo que sua base teórica não seja semelhante a de outros críticos, ele se opôs à prática médica vigente nas últimas décadas do século passado e serviu de referência para reflexão sobre os rumos do ensino e da prática médica, como vimos no caso do projeto CINAEM.

É relevante discutir a trajetória histórica e o uso da produção intelectual dos dois referenciais filosóficos-teóricos por nós selecionados, pois seus princípios têm sido, ou podem ser, usados na fundamentação das propostas de reformulação do currículo médico.

Gastar algum tempo com as conceituações, definições e amparados pela história é essencial, pois com elas são maiores as chances de compreendermos a estruturação intelectual e política mundial ao longo do século XX e sua relação com o desenvolvimento econômico. CARDOSO & VAINFAS⁴⁸ nos oferecem elementos para compreender por que o pensamento de FOUCAULT (e aqueles relacionados!) tem servido para reflexão em educação médica (Projeto CINAEM, Projeto EMA e vários projetos menores), e também por que o materialismo histórico e a dialética *marxiana* podem servir como uma outra opção.

Segundo ele, estaríamos vivendo num período onde dois paradigmas polares, distintos, “orientariam” o desenvolvimento da humanidade, a saber, o iluminista e o pós-moderno. Enquanto propomos um modelo, afinado com o paradigma iluminista, que para obter transformações efetivas na assistência médica através da educação médica assenta-se na história da evolução material humana, portanto considera aspectos macro e micro estruturais da sociedade, o modelo contemporâneo mais comum que serve à reformulação do ensino médico, apesar de apoiar as

⁴⁸ FALCON, F. *História das idéias*. IN CARDOSO, C. F. e VAINFAS, R. *Domínios da História*. Campus, Rio de Janeiro, 1997, p 91.

transformações na medicina, baseia-se em referenciais históricos particulares, relativos, que dispensam apreensões históricas mais amplas/globais. Com isto, as mudanças na educação médica, pretendidas para o ensino-prática atuais, se fariam a partir de mudanças nos saberes, nas culturas, ambos pilares do paradigma pós-moderno. Tudo isto tem importância na análise da educação médica, na finalidade da formação médica e nos projetos futuros, e é decisivo considerar neste conjunto, como fator decisivo, a situação social concreta do paciente que é importante chave interpretativa para que conheçamos seu perfil psicobiológico, também determinado pelo nível das suas condições materiais de subsistência. Isto não é apenas algo relevante, mas é fundamento mandatário.

Se há dificuldade em optar por este ou aquele paradigma e, portanto, por uma referência filosófica, isto não deveria ocorrer no campo da educação médica por tratar-se de uma área que para sua total compreensão carece de fundamentação materialista histórica. Hoje, as mais avançadas pesquisas em biotecnologia, genética e epidemiologia, ainda apoiadas nas ciências naturais, vão demonstrando cientificamente o caráter decisivo dos fatores externos na gênese de muitas doenças, desmistificando a preponderante influência da carga genética de cada indivíduo. Ao dar legitimidade científica moderna/contemporânea às suspeitas milenares da influência ambiental (externa) no processo de adoecimento, entendemos que se coloca como indispensável nos julgamentos médicos e nas considerações sobre a assistência e educação médicas a inclusão do modo de construção material dos homens e, destarte, das suas doenças e maneiras de morrer ou seu oposto, da sua saúde e longevidade⁴⁹. Portanto, é essencial considerar a base material como intrínseca à medicina, e daí o caráter ontológico do ato de cuidar da saúde social.

⁴⁹ Nós procuramos usar a relação entre alimentação e a gênese do câncer para conferir à nossa fundamentação filosófica subsídios atuais, materiais e científicos, vinculando seu significado materialista histórico ao da reflexão sobre os rumos da educação e assistência médicas. Exemplos similares surgem a todo momento na literatura médica. Em 26/dez/2002 – o Jornal Folha de S. Paulo publicava a seguinte reportagem extraída da revista Journal of the American Medical Association: “*Consumo de peixe pode reduzir pela metade o risco de derrame em homens*”. A pesquisa da Escola de Saúde Pública de Harvard durou 12 anos, acompanhou 43 mil homens entre 40-75 anos e mostrou que a ingestão (2-3x/mês) de peixe reduz em 50% o risco de homens terem um derrame. Os peixes contêm ácidos graxos (gordura) polinsaturados do tipo omega-3, que melhoram o fluxo sanguíneo e previnem a trombose arterial e a isquemia.

“(...) principal contradição dialética reconhecida pelo materialismo histórico marxista é a que se estabelece entre o homem (sócio-historicamente determinado: daí a teoria das classes sociais, no caso das sociedades pós-tribais) e a natureza, e se resolve no desenvolvimento das forças produtivas(...)”(CARDOSO & VAINFAS 1997, p6).

Esta característica constitucional da medicina lhe permite, no ensino e na prática, gozar de posição privilegiada para orientar mudanças estruturais, políticas e econômicas, expressivas que a opõe às orientações pós-modernas. Ao tratar o currículo, em oposição ao Projeto CINAEM, valorizamos o pensamento *marxiano* como fundamentação:

“(...) o estudo das estruturas presentes, com a finalidade de orientar a práxis social relativamente a elas, conduz à percepção de fatores formados no passado, cujo conhecimento é útil para atuação na realidade de hoje. Assim, a teoria marxista do conhecimento implica necessariamente uma vinculação epistemológica dialética entre presente e passado(...)”(CARDOSO & VAINFAS 1997, p5).

A evidência de que uma compreensão histórica da evolução do homem, determinada a partir daquilo que precisa e aquilo que pode ter materialmente para se desenvolver, passa a ser básica no sistema capitalista para entendermos a gênese das doenças, embora este aspecto tenha sido “negado”, posto à margem, ou ainda escamoteado pela ideologia que privilegia a investigação aprofundada da feição biológica das doenças. E não há indícios no Projeto CINAEM de que esta postura será combatida radicalmente e de modo científico, apesar da história da medicina na América Latina, em particular a história da educação médica nas sociedades chilena e cubana, contribuírem para reflexão dos educadores envolvidos na elaboração de um modelo de formação profissional sintonizado e integrado à promoção da saúde da sociedade brasileira.

Acreditamos que a década de 60 do século XX foi marcada por transformações econômicas, políticas e sociais mundiais, por movimentos com os mais variados matizes, por um mundo ainda polarizado entre capitalismo e comunismo e ressentido de duas grandes guerras mundiais, mas esperançoso com os avanços tecnológicos do capitalismo. De modo complexo a expansão capitalista, a possibilidade da expansão comunista e as condições materiais criadas até então embasavam amplas revisões e novas concepções sobre os destinos da humanidade.

De acordo com CARDOSO & VAINFAS (1997) e BROWN (1984), e até 1968 prevaleceu uma orientação analítica-histórica da sociedade, baseada no pensamento *marxiano*, que buscava interpretações globais, o mesmo não podemos dizer do período após 1968, quando o referencial filosófico predominante passa a ser Kant.

“(...) os modernos partidários de uma concepção hermenêutica dos estudos sociais – incluindo a história – retomam, com um novo discurso, uma velha bandeira dos neokantianos do fim do século passado e começo do século XX: a noção de que o comportamento humano e seus resultados são essencialmente diferentes dos fenômenos estudados pelas ciências naturais, o que impediria qualquer aproximação metodológica a estas últimas(...)”.(CARDOSO E VAINFAS 1997, p16)

Tal arcabouço filosófico passa a ser usado contra o evolucionismo, o progresso humano a partir dos avanços científicos-tecnológicos, sob a argumentação principal de que se tratava de um racionalismo, de uma modernização e de uma ciência que respaldavam o progresso, mas que, de acordo com a própria história do século XX, tinham servido principalmente para desumanizar e escravizar o homem. Demonstrava-se, teórica-filosoficamente, que a racionalidade iluminista não havia permitido liberdade e felicidade humanas, mas seu oposto. É interessante notar que a crítica pontual à racionalidade iluminista, à modernização e à ciência, naquele período, foi, posteriormente, confundida com tecnologia.

As análises totalizantes, globais, amplas, tinham sua parcela de culpa, afinal a própria ciência impedia “*saberes alternativos*”. Este fenômeno passou a privilegiar o modelo de enfoque que pregava análises e reflexões baseadas na compreensão, isto é, na interpretação, na hermenêutica, na crítica cultural, etc.

“(...) O postulado implícito é uma nova encarnação da inefável “natureza humana”: não mais o homo faber, nem o homo oeconomicus, e sim o homo symbolicus(...)”.(CARDOSO E VAINFAS 1997, p16)

Para aquilo que nos interessa, esta percepção passa a orientar a reformulação da educação médica inicialmente no Projeto EMA (década de 80) e posteriormente no próprio Projeto CINAEM (década de 90). E o reforço desta concepção vem inclusive através das “sugestões” sutis, nas entrelinhas, dos Relatórios do Banco Mundial, que por sua vez transferem-se para as diretrizes curriculares da educação e para as novas

incumbências do SUS na assistência primária, nos programas de saúde de família e agente comunitário da saúde, etc.

Isto vai progressivamente inviabilizando a possibilidade do materialismo histórico tornar-se instrumento de reflexão para as mudanças no ensino médico, apesar dos exemplos latino-americanos de Cuba e Chile, arremedados parcialmente no que se refere à assistência médica (sentido restrito!) e não assistência à saúde (sentido amplo!).

Após 1968, outro fator que parece ter favorecido a referência pós-moderna para a educação médica em detrimento do paradigma iluminista por nós apresentado, foi o sucesso das contra-revoluções social-comunistas e golpes militares, particularmente na América Latina, influenciando decisivamente os movimentos de educação médica e a própria organização do sistema nacional de saúde. Este iria assumir papel estratégico no governo ditatorial militar e, portanto, precisava de respaldo intelectual-filosófico para criticar a medicina de base bio-tecnológica, tornando-a mais “humanizada”, mas que não fosse ligado ao pensamento *marxiano*.

Assim, um novo guia ia se definindo para avaliar a educação médica que, entretanto, faria isto sem tocar nas condições materiais das populações que naquele momento viviam um novo surto de industrialização, êxodo do campo, ou seja, um padrão de reorganização para a educação e assistência médica que não mexeria nas bases materiais sociais, ou nos interesses do capital estrangeiro na América Latina e de segmentos da sociedade, como ficou evidente no golpe militar no Chile.

Talvez naquele período (1960-70) a medicina ainda preservasse sua interface com aquela mais remota do século XIX descritas por Engels e Virchow que consideravam a melhoria das condições materiais para sobrevivência como imperativas para promoção da saúde e esta percepção de promoção à saúde era decisiva para organização não só dos sistemas nacionais de saúde, mas também de toda estrutura econômica e política de uma sociedade, principalmente em se tratando do Terceiro Mundo. A ideologia por detrás destas estratégias de saúde contrapunha-se aos interesses hegemônicos do capital mundial. Com a violenta repressão dos movimentos de orientação marxista a tendência pós-moderna é admitida como capaz de orientar,

ensino e prática médica de acordo com as necessidades dos homens, principalmente os excluídos. Talvez outro modo de fazer oposição, ainda que equivocada, às estruturas existentes.

Segundo alguns⁵⁰ estudiosos, como CALLINICOS citado por CARDOSO E VAINFAS (1997, p17), de certo modo o pós-modernismo representa um movimento de trajetórias intelectuais individuais - “geração de 1968” -, portadores de ambições revolucionárias frustradas, descrentes da possibilidade de uma transformação social global, também causada pela repressão aos movimentos emancipatórios. O pensamento de Foucault surge neste movimento e o modo como aborda temas relacionados à medicina – o exercício da clínica, exames necroscópicos, hospitalização, loucura, o poder do médico junto à sociedade, etc. -, apresenta algumas características deste movimento como “retórica, discurso empolado, porém vazio de conteúdo, afirmações como se fossem axiomáticas, paradoxos e aporias”, nem sempre permitindo uma compreensão da medicina num contexto amplo de transformações sociais, políticas e econômicas, como ocorreu nos séculos XIX e XX.

Essa postura relativista pode contribuir para que problemas recorrentes, enraizados e históricos, ligados às determinações estruturais econômicas acabem recebendo uma abordagem superficial, restrita, que gera soluções paliativas, ou equivocadas, escondendo e escamoteando causas nada desprezíveis e que merecem prioridade de compreensão para que haja alguma chance de resolução eficaz.

Nesse período avança a idéia de promoção de assistência médica universal, igualitária, ao lado do movimento nacional de organização do sistema nacional de saúde que canaliza vozes e desejos do assistencialismo. A proposta de estender assistência à saúde a toda a população que vai inchando os centros industriais na década de 70 além de desejo é uma necessidade, pois atenderá os problemas criados pelo êxodo rural, pela urbanização desorganizada das periferias, ou seja, pelas más condições de vida em que passam a viver contingentes cada vez maiores de migrantes que buscam nos centros industriais melhores condições materiais de vida.

⁵⁰ CALLINICOS, A. *Against Postmodernism. A marxist critique*. Cambridge: Polity Press, 1989; HELLER, Agnes. “La vida que cambió”. Nexos, México, vol. 10, n 118, outubro de 1987, pp47-51, citados por CARDOSO, C. F. e VAINFAS, R.. *Domínios da História*. Campus, Rio de Janeiro, 1997.

Sem reverter de forma real as más condições materiais da população, fator determinante de adoecimento e morte, encontrou-se um modo de assistir aos miseráveis no próprio local onde vivem, isto é, locais distantes dos centros de excelência médica onde a prática médica de padrão internacional estava voltada para pacientes vivendo em melhores condições de vida. Após décadas de investimento econômico, de exploração servil e de crença num modelo de crescimento econômico ainda dependente/semicolonial como remédio para o desenvolvimento e combate à miséria, a decisão ‘tomada pelo Banco Mundial foi “adotar” o setor saúde como estratégia para o combate à pobreza nos países do Terceiro Mundo através da descentralização da assistência à saúde e “capilarização” da medicina, porém sem a melhoria das condições de sobrevivência da população. É bom ressaltar que esta modificação em curso no sistema de assistência à saúde foi determinada radicalmente pelo desenvolvimento capitalista que já em meados da década de 60 passa a dimensionar as ações estatais em função dos seus respectivos custos e dos interesses do capital mundial, a mesma coisa que a construção de um estado com a mínima responsabilidade social (econômico) e que progressivamente ajusta-se de acordo com as agências de gerenciamento do capital mundial para poder receber recursos financeiros. O Estado-Providência, que como já mencionado nem sempre fora fundado nos países do Terceiro Mundo, fica ainda mais abalado.

A vontade política, as idéias e os projetos para levar assistência à saúde aos grossos e crescentes contingentes da população não podem ser atribuídos aos desejos de profissionais da saúde e estadistas preocupados com a “saúde dos povos do Terceiro Mundo”. Este fenômeno foi um efeito da industrialização desordenada associada ao imperativo de manter a força de trabalho saudável. Portanto, existe diferença entre a assistência médica que é oferecida em conjunto com as transformações materiais na estrutura social e que convergem para o acesso à saúde global, daquela existente nos países de economia capitalista onde promoção à saúde representa assistência médica. Isto não é um feito “terceiro mundista” e também ocorre no Primeiro Mundo (HUROWITZ, 1993). De certa forma a assistência médica dos países em desenvolvimento, para não destoar do seu projeto original iluminista de promover saúde amplamente e integralmente à sociedade, tem procurado arremedar os sistemas

nacionais de saúde das economias planificadas, mas ignora, ou ainda está alienada, a respeito das alterações materiais que antecedem o papel auxiliar da assistência médica. Talvez preocupados em conter de uma forma socialmente aceita a insatisfação crescente dos povos que resulta do pauperismo em que vivem, e que até poderia perturbar e abalar a ordem democrática estabelecida. Aliás, a preocupação do Banco Mundial com a epidemia mundial descontrolada de AIDS reside nisto: possibilidade de originar a insatisfação dos povos e sacudir as democracias dependentes. Enfim, tais alternativas de assistência à saúde têm caráter emergencial, paliativo, assistencial, e são defendidas por organismos de gerenciamento do capital mundial e aceitas quase integralmente por entidades médicas oficiais nacionais e estrangeiras. Neste cenário, com as reformas do ensino médico em curso, caberia aos educadores médicos, entre outras coisas, apoiarem o “resgate” da humanização da medicina como um elemento nuclear/central para a reorientação do trabalho médico, abdicando de seu possível papel político e transformador.

Desde o início, esta organização da assistência à saúde que não é contemplada, concomitantemente, com a melhoria material humana, parece mais uma forma alienada, assistencialista e ideologicamente interessante para classe hegemônica, de promover saúde, limitada pelo horizonte material histórico das décadas de 70 e 80 do século XX e que não permitiu, desde então, uma abordagem mais ampla do quesito “promoção de saúde”, restringindo-o à área da saúde com privilégio da interface com a saúde mental, justamente a psicologia. Talvez isto fosse “apropriado” numa fase primitiva do neoliberalismo por ainda não ter havido a geração de forma tão agressiva da “favelização”, da violência urbana, do desemprego, da fome, do recrudescimento de doenças e surgimento de outras, das novas e velhas formas de malefícios ao meio ambiente, como podemos observar tanto no Primeiro Mundo, mas principalmente no Terceiro Mundo, e de uma forma progressiva. Fica difícil acreditar que algum modelo de saúde possa oferecer qualidade assistencial à saúde num mundo globalizado como o que chegou ao século XXI.

Vale a pena lembrar que assistência social tem campos de ações que faceiam com a medicina, e muitas vezes os instrumentos para se chegar a uma meta final se confundem. Diríamos que a medicina se insere na assistência social de modo

especializado e está atrelada aos “três cenários da assistência social brasileira na virada do século” descritos por SILVA⁵¹.

O primeiro, mais tradicional, conservador, representa a reiteração da benemerência em suas variadas expressões. Aqui a assistência social continuaria ser usada estrategicamente no controle social, explorando o fetiche da “ajuda aos necessitados” pela via do favor, da caridade, ou da filantropia. (Nós acrescentaríamos que inclusive algumas ONGs tem assumido esta postura). Esta tendência representaria ainda um segmento da assistência social pródiga em abrigar práticas de paternalismo, clientelismo, nepotismo, etc., todas expressões do poder exercido sobre os mais carentes, necessitados, ou camadas subalternizadas da sociedade, seja através de ações mais coletivas, seja através de ações individuais (pais, patrões, padrinhos, mães, madrinhas, patroas).

Segundo SILVA (2001, p.52),

“(...) em consonância com tal tendência, a cesta básica paradigmática da Assistência Social, geralmente distribuída nos plantões sociais, não chega a ser básica, mesmo no que se restringe à alimentação. É rica em carboidratos, tem pouca proteína. Não contém frutas, verduras e legumes. [nós acrescentaríamos o leite, alimento fundamental para crianças, nutrízes e idosos!]. E não tem pasta de dente, sabonete, absorvente, preservativo. Não chega a suprir as necessidades humanas elementares que, obviamente, transcendem a alimentação. Mas é altamente nutritiva do processo de reprodução ideológica e material da desigualdade, reforçando o poder de quem assiste e o sentimento de dependência ou mesmo de subserviência de quem é assistido(...)”. [Nós não podemos esquecer que há uma “cesta básica de saúde” já descrita por MURAD (1997), além dos medicamentos genéricos!].

Ao falar em assistência médica primária há que se considerar o perfil destes mesmos necessitados, carentes, subalternos, impossibilitados de adquirir alimentos de forma balanceada e sustentada – muitas cestas são distribuídas nos períodos eleitorais com intuito de angariar eleitores! - e, de ter acesso à assistência médica privada. Os atos médicos não têm poder de interferir diretamente na base desta situação e também não devem escamotear, através das próprias ações, a existência de limites para combater os males que este modelo de vida traz. Talvez nem existam médicos suficientes para alimentar este ciclo vicioso.

⁵¹ SILVA, Ademir Alves. *A Assistência social em três cenários*. PUC viva, revista, São Paulo 2001, p 52-55.

Há uma persistente ação institucional, já legitimada, de “*atendimentos dispensariats*” todos os anos, onde são distribuídos alimentos, calçados, medicamentos, roupas, brinquedos, etc. Isto é o que a assistência médica, principalmente a primária, não pode ignorar na sua ação cotidiana, incluindo no processo de formação médica, pois atrás desta situação - acesso aos itens elementares para sobrevivência como alimento, medicamento, roupa, moradia, etc., na maioria das vezes permanece refém dos impulsos benevolentes - existem várias doenças.

Num outro cenário (segundo), “*moderno conservador*”, as ações assistenciais sociais também têm relação, direta e indireta com as ações médicas. Médicas e não médicas estas ações funcionam como mecanismos compensatórios para os efeitos nocivos das políticas econômicas.

“(...) As políticas sociais em geral e a assistência social em particular devem cumprir a função de acolchoar os impactos dos efeitos da política macroeconômica. Primeiro o crescimento econômico. Depois a justiça social (...)”.⁵²

De certo modo, as ações médicas relacionadas à assistência primária, se assemelham à assistência social que estaria circunscrita, aos bolsões de pobreza. E diante de um estado que se retira das obrigações modernas, burguesas, racionais, surge uma sociedade civil sensibilizada que através de uma espécie de “solidariedade onipotente” latente, procura atenuar os efeitos das más condições materiais de vida, assim como fazem as ações médicas assistenciais na rede básica de saúde. E no contexto neoliberal estas organizações sociais “solidárias”, não governamentais, do terceiro setor e da filantropia, recebem aval e incentivo através de leis federais. Segundo SILVA (2001, p. 53)

“(...) Deslocamento da ênfase nas políticas públicas para a ênfase na filantropia empresarial ou na responsabilidade social das empresas combinada com a reedição do voluntariado(...)”.⁵³

⁵² Mesmo uma leitura desinteressada e displicente dos documentos e relatórios do Banco Mundial e das respectivas reformulações das políticas públicas nacionais de assistência, particularmente na década de 90 (séc. XX), permitem constatar esta determinação. Cf. RIZZOTTO 2000.

⁵³ Uma das medidas tomadas na década de 90 (1995-96) no campo da saúde que favoreceram a assistência privada foi a redistribuição e remanejamento dos leitos hospitalares disponíveis no Brasil causando redução dos leitos públicos que já naquela ocasião eram deficitários.

É importante ressaltar que tantas formas de “*caridade pública*” podem contribuir para retirar da esfera pública estatal a função intransferível e garantida por lei de assegurar o acesso a direitos sociais, provendo recursos necessários ao seu financiamento. Nesta situação a ação médica, se previamente preparada de forma adequada e daí a necessidade de um referencial orientador da formação profissional que incorpore esta responsabilidade que já é intrínseca à medicina, deve reconhecer sua parcela de “culpa” no que se refere a atuação médico-assistencial de perfil primário que vem sendo defendida como primordial em detrimento daquela no nível terciário.

O “*terceiro cenário*”, moderno–progressista, permite abordar a assistência social – e o mesmo pode ocorrer com relação à assistência médica - como uma questão essencialmente política, mas não exclusivamente, e que não se dissocia da economia: “a assistência social visa a satisfação de necessidades básicas e vitais pelo acesso a bens e recursos, na forma de programas, projetos, serviços e benefícios”.

Assim como a assistência social representa parcela da riqueza social apropriada na forma de excedente econômico que retorna aos trabalhadores pela transferência de renda, ou pela prestação de serviços tratando-se, portanto de uma estratégia de sobrevivência e de resistência à pobreza, as ações médicas assistenciais no nível primário também são direcionadas a situações preferencialmente de doenças motivadas pelas próprias más condições materiais de vida inseparáveis da miséria. Portanto, se a assistência social não pode estar fora dos problemas do povo ou dos seus segmentos mais excluídos, o mesmo vale para a medicina. Não são simplesmente “pobres, pessoas simples, humildes, necessitados, carentes, desfavorecidos, etc.”

Atingimos um momento em que fica difícil conceber a pobreza como fenômeno natural, culpa dos próprios desprivilegiados, como já historicamente aconteceu no período pós revolução burguesa quando o Estado burguês organizava-se legalmente. É preciso abordá-la como fenômeno em construção, histórico, determinado por relações sociais que ao longo dos séculos vem reproduzindo a desigualdade. Nesta perspectiva as ações médicas não podem resumir-se e restringir-se à “medicalização” dos frutos dessa pobreza”, expressão de desigualdade crescente. No que se refere ao processo de formação intelectual do médico, a resolução de problemas de saúde não deve se

resumir às estratégias onde as técnicas de decisão não obedecem a um planejamento e mudam periodicamente de acordo com contextos sociais - conjunturais e estruturais - sem respeitar a promoção da saúde e o respectivo desenvolvimento da medicina.

Deve existir a possibilidade de interpretar os problemas médicos amplamente e assim reconhecer a viabilidade de solucionar problemas que afetam a saúde com instrumentos que não são novos, mas que devem ser renovados e resgatados, mesmo que esquecidos da maioria dos responsáveis pela formação médica. O processo de esclarecimento do médico deve ser regulado pela capacidade de formar profissionais com competência de apreciar o conjunto.

Já foram definidos claramente alguns patamares indispensáveis à existência social digna e saudável, privilegiando-se a proteção à criança e ao adolescente (SILVA 2001, p.55):

“(...) cuidados pessoais elementares; alimentação com leite materno nos primeiros meses de vida; balanceamento calórico-protéico do cardápio diário; imunização contra várias doenças no primeiro ano de vida; prevenção ao tabagismo, ao abuso de álcool e outras drogas; saúde integral; condições para sexualidade saudável e segura; prevenção da gravidez precoce, indesejada ou inoportuna; espaçamento entre partos; procriação na faixa etária mais adequada entre os 18-35 anos; garantia de acesso à educação escolar básica; moradia segura e garantida de recursos e equipamentos de uso individual e comunitário; práticas de lazer e de ludicidade (jogo, brincadeira, diversão); proibição do trabalho infantil; garantia de renda regular; valorização das diversas expressões culturais e respeito ao diferente; direito ao convívio familiar e comunitário; sentimento de pertencer e de participar de grupos de referência; direito a proteção social(...)”.

E, de acordo com o autor,

“(...) não é mais possível admitir a questão dos direitos sociais senão no interior da incessante luta em defesa de melhores e mais justas condições de acesso aos bens, recursos e serviços que a sociedade produz (...)”.

As ações médicas e o modelo de formação e educação dos médicos devem ser considerados nesta mesma perspectiva: de superação do cenário atual e não de manutenção do mesmo. A capacidade humanista, ou “lado humanista”, na nossa percepção se desenvolve essencialmente a partir da análise racional das condições materiais em que vivem os homens em uma sociedade. É a aptidão de equacionar dialeticamente as raízes desta desigualdade, compreendendo seu respectivo papel na

gênese das doenças que daria ao homem um caráter humanitário, pois desta forma estaria disposto a resolver os problemas de forma decisiva. A medida da capacidade humanitária do médico poderia ser examinada a partir do grau de consciência que tem para se distinguir como membro da sociedade e reconhecer na sua atividade profissional, ou área de atuação profissional, a interconexão com várias outras áreas que, juntas, podem definir frentes de ação conjunta interessadas em proporcionar o bem estar humano real, ou promover saúde de forma sustentada amplamente, e não cultivar a compaixão sacerdotal e alienada como muitos demonstram durante o desenrolar da relação médico-paciente.

Este médico que escolhemos formar através de um novo currículo de medicina deve ter percepção tanto dos limites de sua ação quanto do dever de agir conjuntamente com outros campos da ciência também envolvidos na promoção da saúde para legitimamente interferirem no planejamento e execução de medidas que tragam bem estar físico e psíquico. Ele deve acordar para o fato de que a medicina não é uma espécie de sacerdócio - resquício primitivo e irracional -, mas uma área que reúne condições concretas para o exercício da política no sentido pleno da palavra, ou seja, porque está diretamente presa à realidade material da sociedade através do adoecimento a medicina também está apta a desvendar as características distintas das relações capitalistas atuais - algo relevante na compreensão e superação da luta de classes -, e os custos destas relações na geração da saúde. Esta visão facilitaria o entendimento da estruturação dialética da medicina como ciência determinada pelos modos de produção ao longo da história.

A medicina não pode ser considerada uma área de produção de conhecimento com total autonomia de inspiração como, por exemplo, a escultura, a pintura, a literatura, etc. Embora seja um equívoco, ela ainda é considerada por alguns como “arte”. Em pleno começo do século XXI, tivemos a insatisfação⁵⁴ de ver novamente as ações médicas – ensino e prática - serem debatidas ainda sob a o ponto de vista da medicina “arte” e “sacerdócio”, e implicando elementos como dons inatos, deuses gregos, etc. Esta conduta por parte dos próprios médicos, seja na docência, ou na

⁵⁴ 3º Congresso Paulista de Ensino Médico e 1º Encontro Paulista de Pesquisa em Ética Médica, UNICAMP, Campinas- SP, 2002 (maio).

assistência, tem permitido uma brecha para críticas que, na nossa interpretação, também geram informações enviesadas. No final, aquele que critica e aquele que é criticado “se fecham” num ambiente acadêmico, discutem problemas limitados pela retórica e ignoram as motivações materiais-históricas do ensino e prática médica, determinadas a partir do modo de produção da vida. Na sua raiz, desde a Idade Primitiva, as evidências históricas mostram que a medicina se ocupou, formal e informalmente, com a resolução de problemas relacionados à qualidade de vida dos homens. Sua designação como arte apóia-se no caráter esotérico, discriminatório dado ao exercício profissional, como também parece ocorrer com o “esoterismo sacerdotal” e, ideologicamente, isto perpetua a dominação de uma classe sobre a outra. Séculos depois, os problemas ou doenças passaram a ser investigados predominantemente do ponto de vista biológico e “únicausal”: inicialmente no século XIX eram os micróbios, e recentemente (século XXI), são os gens.

Ressalvamos que a teoria que sustenta estas afirmações nos serve como instrumento científico de abordagem do real com possibilidade de transformá-lo numa situação diferente da atual, onde segmentos excluídos da sociedade alcancem condições materiais indispensáveis para sobrevivência, e que neste terceiro milênio já estão disponíveis. A função do médico neste cenário não será apropriada se a formação médica se mantiver presa ao padrão do passado (“modelo”), ou se guiar pelos exemplos recentes, como o Projeto EMA e CINAEM.

A perspectiva de compreensão histórica dos fenômenos sociais a partir do pensamento *marxiano* permite-nos, hoje, compreender a precisão que o materialismo histórico e a dialética *marxiana* podem prover as reflexões sobre a educação e assistência médica para o século XXI.

“(...) Deve notar-se que a preocupação holística do marxismo transcende, mesmo, a esfera estritamente humana. Natureza e história humanas aparecem como subsistemas da realidade do mundo, ambos em movimento dialético autodeterminado, mas, por outro lado, vinculados um ao outro. É assim que a principal contradição dialética reconhecida pelo materialismo histórico marxista é a que se estabelece entre o homem (sócio-historicamente determinado: daí a teoria das classes sociais, no caso das sociedades pós-tribais) e a natureza, e se resolve no desenvolvimento das forças produtivas. As outras contradições centrais ligam, como se sabe: a dinâmica das forças produtivas ao caráter conservador das relações de produção e a determinação em última instância pela base econômica à autonomia relativa dos diversos níveis da

superestrutura. Da análise integrada dessas contradições é que surgem conceitos fundamentais como: modo de produção, formação econômico social, classes sociais. Além de ser uma corrente evolucionista em sua visão da história humana – um dos esforços maiores dos marxistas do século XX foi no sentido de mostrar, a meu ver com sucesso, que se trata de um evolucionismo complexo, multilinear, que não exclui estagnações e retrocessos, ao contrário do que ocorria na vulgata stalinista -, o marxismo fala correntemente de leis (tendências) da história, atinentes às formas de relacionar-se dos diferentes níveis do social em movimento, e das sociedades com a natureza. A possibilidade disto vem de que, por não ser o devir social planejado em sua totalidade – ou seja, não sendo a história algo que os homens façam ‘segundo uma vontade coletiva e um plano coletivo’ -, ‘as colisões entre as inúmeras vontades e ações individuais criam no campo da história um estado de coisas muito semelhante ao imperante na natureza inconsciente’. Assim sendo, é possível ao mesmo tempo reconhecer que na história humana os participantes têm consciência; e que o curso da história é governado por leis objetivas e cognoscíveis. Outra razão disto é o fato de os homens não poderem escolher livremente – com independência das circunstâncias – as suas forças produtivas, pois toda força produtiva é o produto de uma atividade anterior (e as forças produtivas evoluem com relativa lentidão). Em outras palavras, em cada momento, as lutas sociais que determinam configuração que terá a sociedade estudada, incluindo os aspectos mais conscientes e voluntários dessas lutas, não se travam no vácuo, livres de determinações, mas pelo contrário, no interior de uma delimitação estrutural herdada da história anterior e que não há como transformar in totum num período curto por simples atos de vontade. Assim, as estruturas em questão impõem limites ao que é ou não possível em cada momento(...)”. (CARDOSO & VAINFAS 1997, p.6)

Diante disto e da magnitude do significado de promover saúde no Brasil atual, como admitir a proposta do Projeto CINAEM para formação de médicos para o século XXI, que se orienta a partir de referenciais essencialmente pós-modernos, ou seja, por um paradigma marcado pela “descrença numa teoria global, pelo niilismo intelectual assumido, pelo relativismo absoluto e sua convicção de que o conhecimento se reduz a processos de semiose e interpretação (hermenêutica), impossíveis de serem hierarquizados de algum modo a fim de chegar a um consenso” e por um embasamento filosófico a partir de “pilares” como Nietzsche e Heidegger e seus discípulos Foucault, Deleuze, Wittgenstein, etc, ? (CARDOSO E VAINFAS, 1997, p15).

A relação entre a medicina e a sociedade e entre aprender medicina e praticá-la de acordo com a dinâmica da sociedade não pode ser desconsiderada o que nos leva a crer que o ensino médico é um fenômeno incompleto. E a importância de uma história da medicina na reformulação do ensino médico só existe se considerarmos que antes de tudo ela pertence à história da humanidade que não é outra senão a história do

desenvolvimento material humano, determinado e dependente do grau de desenvolvimento das forças produtivas⁵⁵.

Para um julgamento fiel e real da medicina e definição de um eixo interpretativo esta visão é indispensável, o que torna o materialismo histórico e a dialética *marxiana* instrumentos imperativos neste momento para redesenhar o currículo médico.

O uso da história da medicina na graduação com intuito de conhecer o "modo como os médicos antigos trabalhavam, suas descobertas, etc.", ou seja, de modo apenas narrativo, factual, parcial, limitado à complexidade de seu próprio detalhamento, baseia-se no ecletismo e no moralismo e não representa um instrumento de reflexão que permita reavaliar o ensino e a prática médica e sua sintonia com a necessidade social.

Na realidade, nem sempre está evidente e de maneira detalhada para o envolvidos nas mudanças curriculares a partir do projeto CINAEM o modo como se desencadeará e desenvolverá o processo de mudança. Isto pode ter repercussões indesejáveis se considerarmos o universo de escolas médicas brasileiras e a constituição docente e discente de cada uma, além do que representam para saúde da coletividade inclusive como mantenedoras de um mercado de trabalho qualificado. Como já salientado o que se pretende é comandar um processo,

“(...) capaz de formar um médico adequado às demandas sociais contemporâneas e competente suficiente para influir positivamente na implantação e consolidação das políticas de saúde com relevância social. A exemplo, do Sistema Único de Saúde(...)”
(PICCINI et al., *Projeto CINAEM* 2000, p.19)

Ora, como afirmar que o médico não está sintonizado com seu tempo e às demandas sociais? O médico do período neoliberal pode atuar como profissional liberal, empresário ligado à assistência (medicina de grupo, proprietário de tecnologia médica, etc), pesquisador incorporado às indústrias de medicamentos ou equipamentos médicos, professor, médico do programa de saúde da família, “pronto socorrista” (médico de unidades de urgência e emergência), como político de alto escalão do governo ou como técnico vinculado ao Banco Mundial e Ministério da Educação e Saúde, e mesmo como assalariado em serviços públicos. Todas estas são “demandas

⁵⁵ CARDOSO e VAINFAS, 1997, p18.

sociais contemporâneas” e confluem para a definição de um sistema de assistência, basicamente médica, à saúde. A questão que se coloca é: devemos formar médicos para tais demandas, ou antes, examiná-las detalhadamente para então estabelecer o perfil de médicos necessários à sociedade brasileira no contexto atual? O que se sabe é que o capitalismo globalizado tem gerado essencialmente dois tipos de necessidades vinculadas à medicina: profissionais para “cuidar das necessidades do capital (acumulação e expansão)” nas áreas de tecnologia, ciência, indústria, gerenciamento e docência -, e profissionais para “cuidar das necessidades geradas pelo capitalismo (lucro)” neste período neoliberal. Para cada campo podemos desenhar um perfil profissional, mas é o médico vinculado à assistência primária que tem sido objeto de preocupação, até pelo fato da responsabilidade pela pesquisa ficar sob a responsabilidade dos países desenvolvidos que futuramente “globalizarão” os avanços.

É preciso vincular o projeto de reestruturação da formação médica a um projeto econômico social nacional e a partir de um conjunto de propostas e diretrizes consensuais com intuito de redirecionar os rumos da sociedade de forma a torná-la menos desigual, o que também é uma forma de promover saúde que deve contar com a participação do médico.

O rearranjo neoliberal como novo “guia” para o desenvolvimento material do mundo neste início de terceiro milênio deve ser esclarecido de forma detalhada junto aos alunos, assim como as raízes da estruturação social capitalista e nela a função histórica da assistência à saúde, que pode ser equivocada quando se ignora a influência das condições materiais na medicina.

Recusar o modelo proposto de “adequação às necessidades sociais” e aceitar um modelo de ensino e prática médica a partir de uma base materialista histórica não significam a negação de toda a afetividade da relação entre quem sofre e quem pode aliviar, ou sanar o sofrimento. Isto transcende até mesmo a religiosidade e está documentada na história da medicina a partir da observação dos nossos ancestrais mais remotos.

Mudar o modelo de formação médica atual deve estar ligado a uma perspectiva de mudança nas condições materiais da sociedade. Talvez essas transformações

possam inclusive equilibrar a assistência médica, dispensando a preparação do médico-sacerdote com visão humanista, solidária e apto a dividir e “medicalizar” a pobreza e algumas doenças milenares, também dela decorrentes.

1.2.2) Tendências epistemológicas, metodológicas e técnicas do Projeto CINAEM

Nas décadas de 70 e 80 do século XX parece ter sido a tendência à assistência médica de base humanista que prevaleceu, quase que como única opção diante do avanço dos novos liberais, estimulando a reflexão dos intelectuais ligados à medicina que estavam preocupados com os rumos da educação médica e com o modelo de assistência médica que não fosse aquele centrado na biologia, na especialização, e que predominou ao longo do século. O modelo que realmente serviria para que fossem feitas críticas consistentes à sociedade capitalista sob regime militar e ditatorial parece ter sido definitivamente “esquecido”, do mesmo modo como via formal de transformação social. Dentro de limites impostos pela classe dominante através de um novo liberalismo e sem afetar a ordem vigente restaria um modelo que não fosse revolucionário, mas também que negasse a herança positivista.

Ao lado das mazelas provocadas pelo crescimento econômico desordenado do Terceiro Mundo deste período, guiado pelo mundo desenvolvido e que não resultou em satisfação e desenvolvimento econômico para população, é que foi reacesa a chama do humanismo. Um movimento social, nem sempre organizado dispõe-se a acolher o crescente número de excluídos, porém sem haver uma identificação teórica e conceitual com os movimentos de esquerda tradicionais. No curso destas transformações complexas a medicina cuidará estritamente dos pacientes no contexto em que vivem se esquecendo, ou ignorando a gênese material histórica dos mesmos. Há uma humanização da medicina manifestada principalmente na clínica geral, na psicologia e psiquiatria e que procura resolver os problemas de saúde com ferramentas próprias das respectivas áreas e com alguma interdisciplinaridade. Preocupam-se com a promoção da saúde através do acolhimento dos desprivilegiados na cidade metropolitana ou nas atrasadas regiões interioranas e procuram “ver” o paciente como um todo e em seu mundo, inserido numa comunidade, com suas particularidades.

Mesmo com este modelo a medicina não tem conseguido formar uma oposição unânime, coesa e forte contra a onda neoliberal por tudo o que ela representa como força anti-social e pela construção de uma idéia de que o “excesso de racionalidade científica” justificaria os desastres sociais atuais que ela mesma não pôde resolver em mais de 100 anos de século XX (“anti-racionalidade”). Por vezes, nalguns discursos, percebemos que esta medicina que “usa e abusa” da tecnologia, que a cada dia se torna mais impessoal diante do sofrimento alheio, que prioriza as pesquisas, que criou fortes vínculos com a indústria de equipamentos e de medicamentos, etc, parece ter “piorado de um mal que já lhe era intrínseco”.

Numa perspectiva analítica e histórica o que parece ter ocorrido foi que ambos os movimentos, tanto o tradicionalmente criticado (“cientificista-racional”), quanto o atual (“humanizador-humanista”), não conseguiram “enxergar”, radicalmente, seus pacientes e passaram a propor modelos de assistência à saúde reformistas, pontuais, cada um com suas especificidades, ou seja, sem questionar o contexto no qual surgem os pacientes.

Mas, há embasamento para esta situação, pois, baseados em GAMBOA & SANTOS⁵⁶, haveria no campo mais amplo da ciência duas tendências predominantes através das quais nós julgamos admissível explicar a medicina, dando maior abrangência ao significado dos referenciais teóricos e filosóficos discutidos até aqui como sendo decisivos no processo motivador e guia da formação do médico:

“(...) a existência de um método científico que se afirma na concepção da unidade da ciência e do método e na possibilidade da elaboração de um único conhecimento válido, o científico, [e] a existência de dois métodos científicos, um apropriado para as ciências exatas e naturais e outro válido para ciências humanas e sociais(...)”.
(GAMBOA & SANTOS 1995 p66)

No campo da medicina ainda estaríamos presos essencialmente ao conflito de dois supostos “métodos científicos distintos”, assim manifesto: a medicina demasiadamente embasada pela ciência biológica, herança das ciências naturais que prevaleceu até a década de 60 (século XX) sustentada pelo Relatório FLEXNER e pelas ramificações do complexo médico industrial, mas que passou a sofrer forte

⁵⁶ GAMBOA (ORG), SS; SANTOS F., JCS. *Pesquisa Educacional: quantidade e qualidade*. São Paulo : Cortez editora 1995 (Questões da nossa época), v.42.

oposição dos segmentos que consideravam os aspectos sociais e psicológicos no processo de adoecimento como tão ou mais importantes que os biológicos-genéticos tradicionalmente aceitos, porém excepcionalmente vinculando-os àqueles fatores econômicos e políticos históricos persistentes. O predomínio do modelo empírico-analista da pesquisa neutra, facilitada pela tecnologia industrial e evitando qualquer grau de subjetividade na interpretação dos dados, prevaleceu como sustentáculo mais importante para formação médica até a década de 70 que é quando vai surgindo a tendência fenomenológica-hermenêutica, subjetivista, mais preocupada com o sujeito, suas particularidades e individualidade, com o significado dos fenômenos e não exclusivamente com o fato em si. O movimento *Antipsiquiatria*, sabidamente contrário à psicologia "behaviorista" e à sociologia positivista, expressa parte desse sentimento mundial contra a medicina clássica, de orientação "flexneriana".

Mas as divergências vão além. Segundo GAMBOA E SANTOS (1995, p 91), para a tendência tradicional é necessário

"(...) que os métodos científicos sejam rigorosos, pautados pela objetividade, pelos critérios e estatutos das ciências empírico-analíticas, tanto naturais como sociais. Outros métodos, como os subjetivos e interpretativos, comprometem o rigor científico e a neutralidade axiológica e, portanto poderão ser aceitos em outros campos do saber, mas não garantirão um conhecimento científico rigoroso. Quem adere aos princípios da ciência empírico-analítica e do positivismo lógico, dificilmente aceita outras formas de elaborar conhecimento científico senão aquelas que se ajustam aos critérios dos procedimentos experimentais, correlacionais e estatísticos e ao raciocínio hipotético-dedutivo(...)".

Em contraposição à esta tendência teríamos aqueles que,

"(...) questionam a unidade da ciência e a transferência automática dos métodos das ciências naturais para as ciências humanas e defendem a necessária especificidade das ciências humanas e sociais no que se refere à presença da subjetividade (os objetos de estudo são também sujeitos, homens ou grupos sociais, não podendo ser tratados como coisas ou dados distantes e objetivos, da forma como pretende o positivismo). A exigência de uma especificidade para as ciências humanas (Merleau-Ponty, 1973)⁵⁷ conduz à elaboração de um método diferente que permita o tratamento da subjetividade(...)".

⁵⁷ MERLEAU-PONTY, M. *Ciências do homem e fenomenologia*. São Paulo: Saraiva, 1973, citado por GAMBOA E SANTOS 1995, p.92.

Com este pressuposto básico surgiram tendências da pesquisa em ciências sociais,

“(...) com orientação teórico-metodológica na sociologia compreensiva, na fenomenologia e no interacionismo simbólico, dando ênfase à interpretação, à compreensão e descrição densas e aos métodos etnográficos, e priorizando técnicas qualitativas no tratamento dos dados e informações(...)”.(GAMBOA E SANTOS 1995, p 92)

De acordo com CARDOSO & VAINFAS (1997), após 1968 Kant passa ser a referência filosófica e isto é compatível com estes últimos elementos da pesquisa sociológica que vão surgindo e, de acordo com os indícios, passaram a influenciar o pensamento de intelectuais envolvidos na reformulação da educação médica mundial.

Contudo, trata-se de uma “falsa dicotomia epistemológica”, apontada por GAMBOA & SANTOS (1995), que permanece na pesquisa em educação, mas também está presente, ou tem permeado, os estudos ligados a elaboração de novas diretrizes para a educação médica.

De um lado se destaca o valor da subjetividade na pesquisa educacional, que é um dos pilares da fenomenologia e seguramente está atrelada aos conhecimentos em psicologia e psiquiatria. Há um equivalente para esta subjetividade na recente revalorização da relação médico-paciente, precisamente quando se propõe um vínculo entre um médico generalista que pode cuidar da família em conjunto com uma equipe (muldisciplinar), despojado da excessiva tecnologia e da especialização que favorecem a impessoalidade. De outro lado, a tendência fundada nos parâmetros da ciência empírico-analítica e que prioriza a objetividade dos processos vai sendo conhecida como enfoque positivista.

Essa polarização de concepções de mundo, de tradições filosóficas, de enfoques epistemológicos tem implicações relevantes na coleta e análise de dados, na conceituação de problemas e percepção dos objetivos da pesquisa, na forma como os pesquisadores se relacionam com a realidade e com as concepções de verdade, na objetividade e na validade⁵⁸. Existem pressupostos gnosiológicos e epistemológicos que orientam o pesquisador na elaboração e condução da pesquisa, isto é, na criação

⁵⁸ GIBAJA, R. *Acerca Del debate metodológico em la investigación educativa*. In: OEA. *La educación*, Washington, n 103, 81-94, 1988, citado por GAMBOA & SANTOS (1995, p.93).

de conhecimento, e que não podem ser ignorados por quem está à frente do processo educacional, dirigindo-o. No século XX parece ter havido um descompasso/desarticulação entre os estudiosos da educação médica em relação às possibilidades educacionais, algumas delas podendo ser definidas inclusive a partir de pressupostos “materialista-ontológicos”, como demanda a medicina.

As propostas colocadas em prática ainda resultam das transformações do modo de produção capitalista, porém com privilégio dos interesses da classe dominante: outrora fora o interesse do complexo médico-industrial, herança do complexo bélico-industrial após as duas grandes guerras mundiais do século XX, que prevaleceu definindo a orientação de base positivista, empírico-analítica, como para o ensino e a pesquisa. E o relatório FLEXNER previamente existente, protegeu esta orientação.

Atualmente, sem que a tendência positivista e nem os interesses do complexo médico-industrial fossem abandonados como mostram a biotecnologia, o genoma, a clonagem, etc., o que se propõe em termos de assistência médica para países de Primeiro Mundo e, principalmente para os de Terceiro Mundo, são dois modelos “complementares”: assistência primária com acesso aos itens básicos de “promoção à saúde” para quem não pode pagar e assistência terciária que passa às mãos da iniciativa privada, limitando a gratuidade, ou seja, uma assistência médica para quem pode pagar.

Mas, compreendemos que não se trata de optar e priorizar um modelo de formação profissional, ou uma das tendências científicas que podem fundamentar o processo educacional, em detrimento da outra. A discussão sobre as possíveis concepções científicas educacionais deve ser precedida daquela que contemple as percepções filosóficas do processo educacional, para que seja definida a prioridade do ponto de vista da promoção de saúde ampla e real, antes mesmo que a intervenção médica se concretize em quaisquer níveis assistenciais do primário ao terciário. De tal modo, a inserção de um sociólogo, ou cientista político, seja na docência, seja na assistência médica, assim como a inclusão de um cirurgião plástico, um otorrinolaringologista, um dermatologista, etc, num serviço de assistência primária não são estranhas e efetivam a promoção de saúde de acordo com as reais necessidades, afinal, são ações complementares e que não se excluem, embora a decisão de

privilegiar esta ou aquela seja dos homens que atualmente governam em concordância com as sugestões dos técnicos de saúde, os quais ignoram o perfil biopsicossocial da maioria da população. Isto que não tem sido possível aos “distintos métodos científicos” apresentados está ao alcance da “lente” do materialismo histórico se o considerarmos como concepção filosófica e científica que permite ver a medicina e nela o currículo médico, ambos em conexão com o desenvolvimento do capitalismo principalmente desde o século XIX com a Revolução Industrial.

A separação “sujeito – objeto”, seja de acordo com o “duplo empirismo” (um objeto dado, fixo e um sujeito presente, definido), seja de acordo com “falso dualismo” (sujeito-objeto), que no final representariam correntes contrárias, ou dois pólos de uma mesma totalidade no seio da teoria do conhecimento – objetivismo e subjetivismo-, seria superada pelo materialismo-histórico. Aliás, é basicamente esta separação que vai sendo preservada no Projeto CINAEM quando “reproduz” as linhas gerais do discurso apresentado no Projeto EMA (1990).

Ambos defendem uma medicina humanizada e sintonizada com o perfil “biopsicossocial” dos pacientes e suas necessidades – **tendência subjetivista** -, em contraposição ao modelo tradicional, biológico, “*flexneriano*” – **tendência objetivista**. Mas, diante daquilo que já foi experimentado no século XX no campo da educação e da assistência médicas e diante do crivo da história e dos elementos de análise que dispomos, cabe-nos conduzir o processo de formação profissional para uma base filosófica e científica dialética que abarque toda a trama complexa de relações humanas e instituições implicadas na promoção de saúde e ainda contemple o caráter “materialista-ontológico” da própria medicina.

“(…)A superação do duplo empirismo e do falso dualismo é possível quando resgatamos os conceitos de totalidade e de processo, ou seja, superamos a separação sujeito-objeto, quando situamos os dois elementos fundamentais da relação cognitiva em um todo maior envolvente, que, segundo a concepção marxista de totalidade concreta, se refere às condições materiais históricas que mediatizam e modificam essa relação. Dessa forma, o sujeito adquire uma dimensão histórico-social e estabelece uma relação dinâmica com um objeto que se constrói com o instrumental teórico-metodológico presente no momento da relação. Por outro lado, a construção do objeto gera também um processo de transformação no sujeito que se enriquece e se realiza como tal. O resultado desse processo de inter-relação e de mútua elucidação é o conhecimento, entendido como o concreto no pensamento. Dentro dessa visão de processo, em vez de priorizar um ou outro pólo da relação, destaca-se a própria

relação, determinada fundamentalmente, pelo todo social histórico que, como contexto maior, determina as condições concretas da relação cognitiva. E essas condições, por sua vez, dependem das fases de desenvolvimento das forças produtivas (novas técnicas, novos instrumentos, novas experiências, novos referenciais teóricos, etc.), e das relações de produção (prioridades, interesses sociais, políticas de ciência e tecnologia, etc.) que possibilitam a realização da pesquisa científica. Neste sentido, a ciência é um produto social histórico(...)” (GAMBOA & SANTOS 1995, p 104).

A partir deste ponto de vista o embasamento da crítica ao “modelo *flexneriano*” se desfaz e o *Relatório FLEXNER* e sua adoção progressiva mundial no decorrer do século XX passam a ser compreendidos como fenômeno historicamente possível. E as propostas que ainda hoje responsabilizam-no pelos rumos equivocados tomados pela medicina ignoram que sua criação no início do século XX não se tratava de um ato deliberado, pois antes mesmo do relatório ser publicado, a educação médica já estava na trilha do caminho que percorreria por quase todo o século XX, sobretudo animada pelo avanço científico-tecnológico e sua relação com o complexo bélico/médico industrial. Naquela ocasião as escolas médicas financiadas por fundações de pesquisa empregavam mais a ciência empírico-analítica enquanto a AMA (*American Medical Association*) restringia o licenciamento de médicos limitando sua entrada no mercado de trabalho. As mudanças se processavam na sociedade antes mesmo de Abraham FLEXNER relatá-las (AMA de 1906). Mesmo assim ele ainda é tido como responsável pelas principais mudanças no sistema de educação médica⁵⁹. Na virada do século XIX para o século XX, ele pôde agregar (“formalmente no papel”) no campo da medicina os interesses sociais da ciência burguesa incipiente, da indústria capitalista, da classe dominante.

O “relatório” que também é expressão parcial das relações humanas num contexto histórico definido e teve sua utilidade na formação médica, hoje não interessa hegemonicamente ao processo educacional, pois se admite que ele não pode contemplar as novas necessidades para promoção de saúde para as quais a medicina foi convocada. Contudo, isto não permite considerá-lo desnecessário e nem podemos aceitar seu julgamento habitualmente moral. Se o considerarmos do ponto de vista da dialética *marxiana* e do materialismo histórico este modelo representou um salto qualitativo na medicina praticada no final do século XIX, mas diante das inúmeras e

⁵⁹ Cf. BERLINER, 1975. Há, ao menos em parte, certo “oportunismo” do Relatório FLEXNER.

profundas transformações econômicas, sociais e políticas mundiais do século XX, incluindo o período neoliberal recente, as bases do Relatório FLEXNER não foram suficientes para amparar hegemonicamente o “modelo de formação médica” voltado para assistência médica em geral. Isto não quer dizer que não pode e não será mais usado pelas escolas médicas.

Muito da crítica e da perseguição do “modelo *flexneriano*” advém do caráter oneroso e impessoal que ele daria aos modelos de formação e assistência médicos que na realidade se constituem um problema decorrente do seu emprego e não de sua fundamentação científica. Isto é compreensível por estar intimamente ligado aos avanços científicos e às pesquisas, o torna ainda mais inviável no contexto atual quando não há possibilidade de estender tais benefícios a grandes segmentos da população.

Ao que tudo indica, o ensino médico proposto por FLEXNER, com maiores ou menores modificações continuará orientando a formação profissional em muitas escolas médicas, nacionais e estrangeiras⁶⁰, procurando atender segmentos específicos do mercado de trabalho médico. Essa discussão é de uma gravidade incontestável para os países em desenvolvimento a fim de permitir expurgar a relação entre a medicina e os avanços científicos e tecnológicos e romper a dependência subserviente com países desenvolvidos, como propõe o Banco Mundial e como tem ocorrido na recente reforma do SUS. Este debate não tem sido feito!

⁶⁰ MAACK, Thomas. *Parte da proposta de reformulação do ensino médico da Universidade de Cornell - Nova Iorque, visando melhorias na assistência médica americana*. Palestra apresentada no 3º Congresso Paulista de Ensino Médico – UNICAMP, Campinas (SP), 2002 (maio). O Instituto ROCKEFELLER está integrado processo de formação médica da Universidade de Cornell. É importante ressaltar que desde o fim do século XIX é uma fundação vinculada à educação médica e no patrocínio de pesquisas médicas envolvendo avanços científicos-tecnológicos. O exemplo desta universidade nos permite considerar um significado mais complexo para a proposta de FLEXNER no contexto atual e que está sendo escamoteada. Naquela instituição o currículo já foi dividido para atender dois conjuntos de alunos: aqueles que optaram pela assistência médica e aqueles que optaram pela carreira científica-acadêmica. São oferecidas vagas, sem concurso público, para indivíduos das camadas sociais menos favorecidas e sem condições de alcançar o ensino superior pelas vias habituais, sob a alegação de que eles poderiam servir melhor na assistência médica básica dos segmentos populacionais a que pertencem. Um outro problema solucionado com a mesma medida é o da ampliação do acesso ao ensino superior àqueles que ao longo de suas vidas terão poucas chances de fazê-lo pelas vias formais. O outro grupo de alunos é restrito e seletivo. São alunos com bom desempenho intelectual e que se destacaram nos anos de ensino prévios, que têm acesso à especialização nas áreas de coordenação-administração (gerenciamento), pesquisa e docência. Através de uma formação embasada na ciência-tecnologia serão aproveitados nos institutos, no governo, nas empresas, etc.

“(...) No Manual de Procedimentos Licitatórios do REFORSUS (2000), está explícito que na seleção de consultores, “a participação do Banco é intensa. Vai desde a identificação precisa dos serviços a serem prestados até a definição dos detalhes finais da contratação daquele que apresentou a melhor proposta”. Em grande parte, os recursos deste projeto foram destinados à compra de mobiliário hospitalar, equipamentos médicos – hospitalares, instrumental e equipamentos de informática, adquiridos através de Concorrência Pública Internacional, em que as empresas nacionais têm pouco poder de competição com as multinacionais do setor. Cabe aqui a lembrança da estimativa feita pelo Departamento de Estado norte-americano, em 1978, de que “cada dólar que os Estados Unidos pagam ao Banco Mundial, dois dólares são gastos na sua economia”. E da fala de McNamara (1974) de que “uma parcela reduzida do empréstimo fica nos países em desenvolvimento. Quase todo ele retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas nos países mais ricos (...)”. (RIZZOTTO 2000, p. 229-230).

Assim sendo, vemos que a crítica ao “modelo *flexneriano*” que quer atingir o modelo positivista/empírico-analítico e ao mesmo tempo favorecer o modelo subjetivista, há um viés que possibilita o uso seletivo dos fundamentos do relatório FLEXNER, já que eles não podem ser generalizados, precisamente porque é desnecessário dar a todos os indivíduos formação especializada numa das áreas: pesquisa, docência, administração. Segundo os defensores desta idéia, a maioria dos alunos não precisa e não tem “perfil” para se desenvolver neste espaço que caberia somente aqueles que se destacam precocemente na pesquisa-ciência.

Para conseguir candidatos com uma formação mais básica e que não precisa de formação em pesquisa/ciência, estende-se vagas aos indivíduos “guetizados” sob a argumentação de que representando “sua gente” podem melhor ajudá-las. Trata-se também de uma forma de demonstrar que “não há” discriminação racial no acesso às vagas do ensino superior em escolas conceituadas, ou que a inserção dos indivíduos na cadeia produtiva tem uma interferência na carreira profissional que pode ser superada por mecanismos como o da reserva de vagas para os excluídos.

No Brasil vem ocorrendo fenômeno que, na base, é alimentado pelas mesmas motivações. O governo de Cardoso (1995-2002), preocupado com a desigualdade social que afeta principalmente os negros, próximo ao término de seu longo mandato propôs que parte das vagas do mercado de trabalho e das universidades públicas lhes fossem reservadas. Entretanto, como atender negros e ignorar que fazem parte de um contingente de 50 milhões de brasileiros que vivem em condições de miséria, onde

existem cafuzos, mamelucos, brancos, índios, etc. Mesmo que os negros sejam a maioria dos excluídos, uma medida que os privilegie discriminará outros grupos.

Enfim, tanto nos EUA quanto no Brasil adota-se uma solução para o sintoma de um problema complexo e histórico em que não há conscientização da desigualdade material progressa determinada pelo capitalismo, principalmente nos últimos 30 anos do século XX, e que se soma àquela de traços coloniais do século XIX. Medidas como estas tem um caráter político muito mais paliativo para resolver um problema “duplo”: o acesso dos excluídos à assistência médica e à educação (superior). Trata-se de um “arremedo”, à moda americana, da “medicina da comunidade”, ou de programas com “médicos de família”, que na realidade necessitarão de milhares de médicos para assistir a crescente população de desempregados e doentes excluídos já que, novamente, não está empenhada em oferecer melhores condições materiais de vida às populações, como também uma forma de promover saúde, tanto no Primeiro quanto no Terceiro Mundo. A classe dirigente acredita que através destes profissionais pode prestar melhor assistência às populações “guetizadas”, separadas, discriminadas, afinal, seus representantes são médicos também.

São decisões tomadas do ponto de vista médico-assistencial sem preocupação com promoção de saúde a partir do amplo acesso aos benefícios materiais básicos para vida. É importante lembrar que em nenhum momento foram consideradas as condições materiais destas pessoas.

Nesta estrutura de formação médica, a ciência ou os avanços científico-tecnológicos representados pelo “modelo *flexneriano*” ficarão “facilmente dispostos” para o acesso dos restritos segmentos da sociedade, talvez aqueles que possam pagar, o que reafirma negativamente que o “modelo *flexneriano*” não serve para formar todos os médicos mas serve para formar alguns médicos. O gueto e a discriminação não são questionados na sua origem, nem se discute outra composição social e se haveria também possibilidade de haver promoção de saúde amplamente de forma desvinculada da assistência médica – primária até terciária.

Enfim, as propostas de formação médica atual, para atender às necessidades de saúde, têm sido elaboradas de acordo com a distorção social existente que é dada como certa e definitiva. Talvez poucas propostas de formação profissional questionem a

relação entre as deficiências sociais existentes e seus efeitos na saúde e muito menos numa perspectiva de mudança social material significativa e ampla. Como não é possível oferecer uma medicina nos moldes *flexnerianos*, ou de tendência objetivista, e de alto custo, mesmo pressupondo os ajustes pertinentes e necessários no contexto atual do Estado mínimo, oferece-se uma saúde pouco onerosa a segmentos extensos da sociedade baseada na valorização do indivíduo biopsicossocial e na sua inserção na comunidade (tendência subjetivista). Talvez estes homens se beneficiassem mais a partir de melhorias nas condições materiais, não tão dependentes da assistência médica. Esta dualidade, já explicitada por GAMBOA & SANTOS (1995), é a que verificamos na educação e assistência médicas.

Com esta polarização conceitual científica-filosófica fica difícil integrar as duas tendências a fim de uma síntese possível e que certamente avaliaria com mais rigor o processo de formação médica atual procurando preservar todo arcabouço científico, mesmo que “objetivista”, construído a partir do “modelo *flexneriano*” ao longo do século XX, associando-o à nova necessidade, historicamente posta hoje como grande desafio, de considerar os pacientes de modo integral, ou seja, na perspectiva biopsicossocial. Torna-se, portanto, arriscado admitir que todos estes elementos podem ser inventariados em toda sua complexidade e para o benefício da educação e assistência médicas sem considerar o campo do materialismo histórico e a dialética *marxiana*. Com esta ferramenta, no mínimo dois requisitos são atendidos: (1^o) a reformulação formal do currículo para orientar a formação profissional e mudar os rumos da assistência; (2^o) concretiza-se o processo de conscientização dos homens sociais-médicos necessário para garantir a execução das propostas teóricas. Como demonstrado por GAMBOA & SANTOS (1995), uma forma de produzir conhecimento não necessariamente exclui outra e o mesmo vale para o conhecimento produzido:

*“(...) Na perspectiva da dialética, a compreensão e a explicação não são apenas processos intelectualmente conexos, mas sim um só processo, simplesmente referidos a dois níveis diferentes, mas articulados, na construção do objeto. É assim que qualquer descrição de uma estrutura dinâmica, ou de uma estrutura significativa, tem um caráter compreensivo em relação ao objeto estruturado e um caráter explicativo em relação às estruturas mais limitadas que são seus elementos constitutivos(...)”.*⁶¹

⁶¹ GOLDMANN L., *Dialética e cultura*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979 citado por GAMBOA & SANTOS, 1995, p 105.

A insistência em definir e distinguir técnicas de ensino, metodologia, referenciais conceituais científicos e filosóficos se presta a criar um guia sintonizado com as transformações sociais que repercutem na educação e assistência médicas. Assim, completando nossas análises, é relevante tomarmos o tópico – “Aprendizagem baseada em problemas: uma metodologia de ensino-aprendizagem”⁶², pois trata-se de um instrumento bastante utilizado para concretizar as mudanças preconizadas no processo educacional de formação médica, já nos primeiros anos da graduação.

Mais conhecido como “PBL” (problem based learning), a aprendizagem baseada em problemas é na realidade uma técnica de ensino de medicina surgida no final da década de 60 do século XX na Universidade de Mc Master, em Hamilton, Ontário, Canadá⁶³. Analisando sua origem averiguamos alguns aspectos pertinentes às reformulações curriculares propostas pelo projeto CINAEM e que interessam às nossas discussões. O referencial pedagógico adotado é do educador Comenius (1592-1670) basicamente pelo fato de ter desenvolvido um plano educacional procurando integrar o máximo possível o ensino da “palavra e das coisas”⁶⁴, ou seja, o que se propõe é ensinar determinado assunto/tema baseando-se na associação da linguagem e do objeto, ou ao menos utilizando sempre os recursos que permitam a compreensão plena, ampla, global e de toda complexidade daquilo que é ensinado, e dessa forma evitar a limitação do ensino fragmentado e avulso das suas reais utilidades.

Mas, por outro lado, é imperativo reconhecer o trabalho desenvolvido por Comenius no processo educacional/evolutivo do homem e que corresponde a determinado período histórico que se situa entre a Renascença e a Modernidade revolucionária. Comenius, ao lado de outros teóricos renascentistas “pré-revolucionários”, canalizaram para o campo educacional e decodificaram os desejos e os novos interesses de uma classe social que gradativamente ia se organizando, mesmo sem o saber.

⁶² PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 118.

⁶³ SPAULDING, WB et al. *The undergraduate medical curriculum (1969 model): Mc Master University. Canad Med Ass. J* 1969 12(100) 659-664.

⁶⁴ *Ibidem*, p.223. “(...) In some of his books pictures are added; one is the first children’s picture book. Disgusted by the pedantic teaching of his day, he insisted that the teaching of words and things must go together. Languages should be taught like the mother tongue, by topical conversation, using pictures and objects. In his course he included singing, economy, politics, world history, geography, science, the arts and handicrafts (...)”.

(...) Reformadores, pagãos, ou católicos tíbios, os humanistas expressavam confusamente as transformações que o nascente capitalismo comercial impunha à estrutura econômica do feudalismo(...)”(PONCE 1996, p.114).

De acordo com as novas exigências que a realidade econômica impunha neste período, timidamente um novo modelo de ensino se diferenciava daquele cavaleiresco”, ou “santo” (livresco/retórico) predominantes. O “interesse pela vida terrena dos negócios, pela investigação e pela razão” crescia juntamente com a necessidade de ler, escrever e desviar os estudos para as coisas de provada utilidade. Os Humanistas também defendiam os direitos da razão contra o ensino dogmático. (PONCE, 1996).

Do século XVI ao século XVIII, ou do período que abrange o humanismo até a Revolução Francesa, quatro correntes pedagógicas estarão presentes: a que expressa os interesses da nobreza cortesã, a que serve à Igreja feudal, a que reflete os desejos ardentes da burguesia protestante, e a que traduz as tímidas afirmações da burguesia não religiosa. E há que se considerar o resgate dos referenciais filosóficos da Antiga Grécia, a Reforma Protestante e a Revolução Inglesa entre outros acontecimentos, também como manifestações e determinantes das sucessivas transformações econômicas neste período.

Neste cenário, a tarefa de reformar o modelo educacional para adequá-lo às novas e reais necessidades também coube a Comenius. Nos séculos XVI e XVII as modificações na estrutura social determinadas pela economia repercutiam na ciência e na filosofia: *Novum Organum*(1620)- Bacon; *Discurso do método*(1637)- Descartes; *Didática Magna*(1657)- Comenius; Galileu (1564-1642) descobria os satélites de Júpiter e Harvey (1578-1657) descobria a circulação do sangue.

(...) Isto pressupunha uma nova sistematização do todo o saber (era o problema do século), que Comenius tentou de vários modos. Seu projeto, inicialmente muito livresco, foi se enriquecendo de temas práticos, baconianos, com rejeição das ‘especulações muito aéreas’, a abordagem da prática, a experimentação concreta das coisas, o uso mecânico e prático das ciências, e com a sugestão para se frequentar os estaleiros navais e até os lugares de comércio e de câmbio, visando não somente pensar e falar, mas também agir e negociar (...)” (MANACORDA 1996, p.221).

Em “*Bases Para Rapidez Do Ensino, Com Economia De Tempo e de Fadiga*”⁶⁵ Comenius demonstra não só os desejos da pequena e grande burguesia das fábricas e oficinas, mas também a “nova educação” como oposição àquela predominante que apenas servia “para entulhar a mente e perder o juízo”. (MANACORDA 1996, p.222). É interessante notar a vinculação que Comenius faz entre a reforma do processo educacional, precisamente das crianças e jovens, “a reforma de toda condição humana” e a obra de Cristo. “Toda esperança de um mundo melhor está baseada unicamente na educação da juventude e, portanto, nas escolas retamente instituídas”. (MANACORDA, 1996, p.223).

Diante disto, entendemos que entre os vários aspectos extraídos das obras de Comenius e que podem ter entusiasmado a elaboração do “PBL”, alguns devem ser destacados. Primeiro, a obrigação de rever os moldes pedagógicos da formação médica tradicional que atravessara o século XX marcada por sua íntima aproximação com o complexo médico-industrial e a ciência foi uma decorrência do seu descompasso em atender as reais necessidades sociais para a concretização da promoção da saúde, principalmente frente à urbanização-industrialização. De tal modo, a reformulação pedagógica do ensino médico, desde então, passa a ser admitida como solução para um problema educacional no próprio campo da medicina, ou seja, a reforma educacional é o antídoto para os problemas na educação médica e, indiretamente, para os problemas da assistência médica. Novamente a interpretação dos problemas ligados à medicina não foi feita em conjunto com os demais problemas sociais relacionados ao adoecimento humano.

Segundo, o “PBL” surge no fim da década de 60 do século XX no curso de transformações sociais, políticas e econômicas que já salientamos, com uma nítida proposta de contrastar o modelo de ensino médico tradicional que se norteava pelo Relatório FLEXNER tido como inadequado para atender as necessidades sociais e realizar a promoção da saúde. O “PBL”, portanto, procuraria dar um caráter pragmático ao ensino e a prática médica aproximando o médico da doença, mas não dentro do hospital para transformar doente-doença em especulação e produção acadêmica-científica detalhada, ou publicação de casos raros, ou ainda em protocolos

⁶⁵ COMENIUS. *Didática Magna*, p. 225 citado por PONCE (1996, p.127).

de pesquisas com medicamentos, equipamentos, etc., apesar dos benefícios inerentes a todos estes procedimentos. O que se pretendia com o “PBL” era atrelar o médico ao doente, porém no local onde este vivesse para que fosse mais bem conhecida sua realidade cotidiana e, com o auxílio de uma equipe multiprofissional, se pudesse esquadrihar a doença e revelar suas múltiplas expressões e dimensões (psicológicas, fisioterápicas, fonoaudiológicas, psiquiátricas, nutricionais, sociológicas, para terapia ocupacional, educativas, etc.). Era uma proposta de tratamento multidisciplinar. Assim, desde cedo integrado às atividades nestes moldes e não só às inúmeras disciplinas de especialidades, além do auxílio de um tutor que juntasse todo conhecimento descoberto, os alunos aprenderiam, desde cedo, a intervir na realidade.

*(...) Em nosso entendimento, as possibilidades de aprendizagem são restritas, sem uma motivação: um obstáculo, um problema, e o estudante tem oportunidades reduzidas de uma efetiva aprendizagem sem uma proximidade com a prática e a realidade. Na ABP (aprendizagem baseada em problemas), o problema é utilizado como estímulo à aquisição de conhecimentos e habilidades, sem que nenhuma exposição formal prévia da informação seja necessariamente oferecida; o problema educacional deve refletir a realidade, antecipá-la como acontecimento ao estudante que se prepara para a atuação profissional, permitindo a reflexão de uma temática em um contexto, a seleção de recursos educacionais, a busca de informações, a avaliação crítica e a aplicação(...)*⁶⁶

Com isto se evitaria a fragmentação do conhecimento, a “disciplinarização” e a excessiva especialização que ocupavam grande parte do tempo escolar, possibilitando que a visão total (global) aparecesse. Isto nos remete a proposta pedagógica de Comenius:

“(...) Os mecânicos não fazem para o aprendiz uma conferência a respeito do seu ofício, mas o põem diante de um profissional para que ele observe como este procede; colocam, depois, um instrumento em suas mãos, ensinam-no a usá-lo e recomendam que ele imite o mestre. Só fazendo é que se pode aprender a fazer, escrevendo, a escrever, pintando, a pintar. Ao invés das palavras – “sombras das coisas”- faltava às escolas o conhecimento das coisas(...)”(PONCE 1996, p.128).

Portanto, desde a década de 70 do século passado através do “PBL” entre outros instrumentos, foi possível dar andamento à recomposição do conhecimento

⁶⁶ KOMATSU, R.; ZANOLLI, M; LIMA, V. *Aprendizagem baseada em problemas* IN MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L.(Coordenadores). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p223-4.

médico previamente fragmentado como demandava o “modelo *flexneriano*” (múltiplas disciplinas estudavam detalhadamente, mas de forma desvinculada umas das outras, as inúmeras feições de uma mesma doença).

Novamente, tomando a crítica que Comenius fazia ao ensino medieval livresco, retórico, os idealizadores do “PBL”, parece, criticam a racionalidade científica, a ciência neutra, a excessiva especialização que propicia a criação de montanhas de textos, muitas vezes de pura especulação. Esta “realidade” criada pelos próprios cientistas do século XX e transferida aos alunos de medicina sem a preocupação de mostrar seu significado, estaria distante da “realidade” daqueles que pretendem, através da ciência, promover saúde para aqueles que precisam. Isto também nos remete à Comenius:

“(...) O catálogo de suas obras compreende páginas muito variadas: sátiras, utopias, regulamentação das escolas, manuais e livros filosóficos. O ‘labirinto do mundo e do paraíso do coração’ satiriza o nocionismo dos glutões e conformistas pedantes que, devorando tudo aquilo que encontram nos livros, ou até pendurando ao pescoço ou às costas bolsas cheias de ‘vocabulários, dicionários, léxicos, prontuários, florilégios, lugares comuns, apostilas, concordâncias, herbários, etc.(...)”(MANACORDA 1996, p.222)

Com o “PBL” ocorreu a integração dos conhecimentos preocupada com a atenção ao próprio doente. Ao invés de se examinar as doenças do ponto de vista estritamente biomédico, passou-se a estudá-las do ponto de vista principalmente dos doentes vivendo em sociedade.

É conveniente ressaltar que a proposta de Comenius surge num período de desenvolvimento material da humanidade em que prevalecia ainda o ensino baseado nas letras, o teocentrismo e, muitos homens ligados à pesquisa do corpo humano foram ameaçados de morte, como é o caso de Galileu, Descartes, alguns sendo até queimados como Miguel Serveto⁶⁷, por defenderem concepções científicas-filosóficas similares que serviam ao processo educacional e pedagógico. Portanto, esta atitude de buscar o conhecimento e ensiná-lo deve ser compreendida como parte de um fenômeno mais amplo de transformação material da humanidade que suscita modificações intelectuais à altura, ou seja, trata-se da criação coletiva de uma nova proposta educacional afinada

⁶⁷ OLIVEIRA, 1981, p.271 Serveto através da dedução e talvez sem nunca ter realizado disseções anatômicas, admitia a passagem do sangue através dos pulmões, idéia radicalmente diferente das concepções galenistas. Foi queimado vivo com seus livros, mesmo estando certo, em 1553.

com os interesses políticos e econômicos de uma nova classe social, no caso a burguesia. Não havia possibilidade deste movimento educacional estar relacionado a uma “renovação educacional” vinda da classe dominante medieval, principalmente representada pela Igreja Católica.

Mas, por que os homens modernos da última metade do século XX foram até a Idade Média encontrar Comenius para usá-lo como exemplo de instrução, ou inspiração para propor a reformulação do ensino médico atual? Seria somente a necessidade de resgatar uma atitude inerente à evolução humana de dar significado às palavras atrelando-as aos respectivos objetos e ampliá-la para uso no campo da educação médica? Será que se trata de um conjunto de princípios e conceitos que podem ser reaplicados à educação e assistência médicas deste fim do século XX de acordo com as novas necessidades sociais a fim de que haja promoção de saúde?

Decorridos quase 500 anos, este acontecimento ainda “rodeia” a ciência especializada e a tecnologia que à procura de explicações e significados científicos detalhados parece ter abolido a noção, também científica, de que os objetos não podem ser explicados e entendidos unicamente na perspectiva da ciência especulativa, principalmente aquela definida como neutra. A tendência objetivista⁶⁸ sofre oposição daquela subjetivista e reaparece a necessidade de compreender o objeto numa organização complexa de relações com outros objetos. A falsa idéia de que o detalhamento e o aprofundamento dos conhecimentos numa área específica, ou sobre um objeto específico seria o modelo burguês definitivo que nos levaria a compreensão total das coisas, não se concretizou. Assim sendo, somos compelidos a reconhecer que recentemente nos tem faltado não o profundo e detalhado conhecimento de determinada coisa, mas um conhecimento maior das inter-relações entre os conhecimentos e os objetos. Pelo menos é a leitura que fazemos do insistente “resgate da interdisciplinaridade” que na área da saúde ocorre nos níveis primários e terciários de assistência, e não questionamos se ela tem sido feita de modo convincente.

A civilização moderna contemporânea parece sentir falta de desvendar as múltiplas relações entre os conhecimentos, os mais variados possíveis, de modo a

⁶⁸ GAMBOA & SANTOS 1995.

permitir-lhe conhecer outra perspectiva de evolução material e intelectual distinta. Esta tem sido a tendência atual para compreender o enredamento das relações em que vivemos no começo do século XXI. Todavia, isto ocorre nem sempre se preservando aquilo que já foi produzido a fim de complementar e ampliar a idéia de totalidade.

Comenius parece emergir no século XXI e empresta seu arcabouço teórico para educadores envolvidos com a formação médica que pretendem ampliar o grau de compreensão do processo dinâmico da vida em sociedade, porém na perspectiva da medicina. Seria como lapidar a própria evolução humana no que se refere ao alargamento intelectual, e que não está descolado do desenvolvimento material, através dos próprios médicos.

É oportuno lembrar que algo similar parece ter ocorrido ao longo da Idade Média, pretendendo depurar o conhecimento gerado de acordo com uma orientação prática que o livrava daquilo que era desnecessário.

“(...) Quando se diz que os monastérios foram durante toda a Idade Média, as únicas universidades e as únicas editoras, devemos entender essa afirmação no sentido de “universidades aristocráticas” e de “edições para bibliófilos”. Dado o tempo enorme de que dispunham os monges, e a felicidade de desfrutar sossego num tempo de tumultos constantes, o que assombra não é, pois, o fato de que tivessem aprendido alguma coisa, mas o pouco que chegaram a saber.”⁶⁹

Ainda segundo Ponce (1996), Isidoro (570-636), exemplo deste período, compilou num volume - *Origens* ou *Etimologias* - conhecimentos que lhe pareceram interessantes, indo desde a medicina até a astronomia e da metalurgia à geografia, mas, na realidade, não passava de um catálogo de nomes.

Portanto, mesmo respeitando os limites materiais históricos de cada época da evolução humana ainda fica a percepção de que hoje existe um procedimento similar ao dos monges e religiosos que produziam conhecimentos baseados em critérios particulares, isto é, na modernidade os cientistas têm inúmeros motivos para se enclausurarem nas universidades e produzirem conhecimentos complexos, abundantes, de acordo com variados interesses (industriais privados, fama, vantagens financeiras

⁶⁹ PONCE, A. *Educação e luta de classes*. 15ª ed. São Paulo: Cortez, 1996, p 92.

individuais, notoriedade científica, etc.), mas isto não tem impedido uma nova revisão das possíveis referências e orientações para a criação de novos conhecimentos.

De um outro ponto de vista do mesmo problema, o “PBL” também é fruto disto: uma fenda no conhecimento tradicional que não se desgarra da oposição entre as tendências objetivista e subjetivista. No campo da medicina esta recente polarização interferirá no processo educativo e na adoção criteriosa, cientificamente embasada de condutas diagnósticas e terapêuticas.

O significado de Comenius (século XVII) para a educação médica das últimas décadas do século XX , ou o significado de uma ponte entre o “PBL” e o passado, abarcam a obrigação de reavaliar os instrumentos de formação profissional atual para um novo momento da história do homem e também da educação.

Podem existir semelhanças técnicas entre várias propostas educacionais recentes (por exemplo, a proposta desta tese de uma educação médica com a integração de várias áreas do conhecimento em busca da resolução de problemas de saúde, porém numa perspectiva materialista histórica e dialética; a proposta de ensino através da correlação anátomo-clínica baseada no exame necroscópico; o próprio “PBL”; a *medicina baseada em evidências* com estudos epidemiológicos e revisões da literatura médica, etc.), apesar delas utilizarem distintamente os mesmos instrumentos e fazerem abordagens variadas. Elas podem ser complementares e integradas com o objetivo principal de dar maior clareza a um objeto no seu significado e para aquilo que ele interessa, no caso da educação e assistência médicas, a promoção da saúde. Com isto, se pretende compreender melhor o objeto nas suas relações com outros objetos o que não necessariamente implica em que se conheça o próprio objeto nos seus mínimos detalhes, em toda sua penetração, afinal, é o processo dinâmico de construção de relações dos objetos que permite definir e determinar a necessidade de conhecê-los intimamente. Acreditamos que a compreensão de um objeto pode ser maior e facilitada quando ele está integrado aos outros objetos, e não isoladamente, mesmo que detalhado.

Para uma universidade de Primeiro Mundo, a revalorização de um educador pré-moderno parece ter este significado, ou seja, é parte do processo dialético da

evolução humana, agora no período capitalista, e, de acordo com racionalidade burguesa-iluminista, é preciso haver um novo ajustamento entre o exercício da medicina e as condições materiais existentes. Comparativamente, é valioso lembrar o papel que o Relatório FLEXNER teve na reorganização formal e execução decisiva do inédito modelo de educação médica no início do século XX, mesmo estando cientes de que as mudanças reais já estavam em andamento. E não é preciso afirmar que nem sempre a proposta de FLEXNER foi aceita e praticada integralmente, principalmente quando não havia interesse das fundações que financiavam a implantação e consolidação do novo currículo “*flexneriano*”. Nestas situações o que se fez foi usar alguns dos seus elementos fundamentais para redirecionar a formação médica naquele período, isto é, uma espécie de referência teórica.

De modo geral, a proposta original ⁷⁰ da Universidade de Mc Master e que assessorou na criação do “PBL”, defendia elementos que hoje são aceitos por várias universidades do mundo, inclusive latino-americanas, que não obrigatoriamente empregam este modelo, exceto onde existem projetos financiados por fundações que apostam neste modelo, como é o caso da universidade canadense de origem e que ainda o aprimora ⁷¹.

Segundo SAPULDING e cols. (1969), dos objetivos gerais temos:

(1^o) Ensinar os alunos a resolver problemas biomédicos através da capacitação para que entendam os “princípios essenciais” para resolução dos mesmos e ensiná-los como procurar e usar a informação necessária para solução deste problema.

(2^o) Criar e adotar atitudes norteadoras (diretrizes) para o comportamento responsável de médicos e cientistas nas suas relações com pacientes, colegas e sociedade. Tal comportamento (postura, conduta) deveria ser marcado pela compaixão

⁷⁰ SPAULDING, WB et al. *The undergraduate medical curriculum (1969 model): Mc Master University. Canad Med Ass. J* 1969 12(100) 659-664. Cf. em “Anexos” uma síntese da organização original deste modelo de currículo médico.

⁷¹ KOMATSU, R.; ZANOLLI, M; LIMA, V. *Aprendizagem baseada em problemas*. IN MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L.(Coordenadores). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998, p.223. A metodologia do “PBL” disseminou-se para Universidade de Maastricht (Holanda-1990); Universidade de Harvard (EUA –1994); Universidade de Sherbrook (Canadá-1993); e mais 60 escolas pelo mundo, mais recentemente na Universidade de Cornell (EUA); Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA –1997) e Universidade Estadual de Londrina (1998).

com os pacientes e estar vinculado à capacidade de promover o bem público quando colocado diante de decisões éticas.

A receita para se alcançar estas metas depende da seguinte estratégia:

a) introdução precoce dos alunos junto aos pacientes e seus problemas, logo nas primeiras semanas de curso. Com esta atitude espera-se que os alunos “estimulados por esta experiência” consigam reconhecer a relevância do que estão aprendendo para sua futura responsabilidade e mantenham um alto grau de motivação, além de começar a compreender a importância de uma atitude profissional responsável;

b) A aprendizagem centrar-se-á numa série de maiores problemas e questões biomédicas que para serem solucionados os estudantes deverão conhecer princípios básicos e coletar dados relevantes nas respectivas áreas. A escola médica funcionará como tutor, ou guia, na aprendizagem ajudando os estudantes a enfrentarem sem receio os problemas ligados a promoção da saúde. Para isto, serão empregados tutores atuando em pequenos grupos de discussão e sessões de laboratório. Estes também conduzirão os estudantes no aprendizado através de vários recursos técnicos (escrita, gráficos, auditórios).

Os requerimentos para os candidatos ao curso de medicina são:

1) três anos de faculdade com conhecimentos em ciências comportamentais, bioquímica e biologia celular;

2) prévia base educacional, incluindo psicologia, sociologia, antropologia, humanidades, planejamento (engenharia), física e matemática. Alunos sem esta formação prévia receberiam conhecimentos através de um curso intensivo de verão, e com tutor, nas ciências do comportamento, em bioquímica e biologia celular. Este curso rápido pretendia reduzir um ano de faculdade e/ou encontrar talentos.

Mas, toda essa organização carecia de um elemento guia que não poderia ser a estrutura departamental tradicional e que preservasse os interesses de grupos e da faculdade. Tratava-se de uma proposta que permitiria construir um currículo democrático, não fragmentado, não orientado por disciplinas. Os alunos deviam ser orientados de acordo com as definições da escola e não de determinada disciplina, ou catedrático. Admitia-se que as necessidades dos estudantes na educação médica

transcendiam as aspirações dos membros da faculdade em replicar seus conhecimentos colocando muitas vezes seus ensinamentos, ou sua área de atuação, acima dos outros. Para conduzir o processo, um elemento imprescindível foi a criação de um escritório de educação com um grupo de pesquisadores competentes e dedicados à implementação e efetivação das mudanças desejadas pela faculdade. Um coordenador com formação em ciência política dirigia todo o processo de transformação curricular: planejamento, coleta de dados, informações, etc. No seu escritório armazenava-se tudo o que havia sobre educação médica, currículo, e temas correlacionados. Para os autores da proposta da Universidade de Mc Master (século XX), eles tinham melhores condições de executar a “*Great didactics of Comenius*”, do que o próprio autor no século XVII.

O processo educacional era facilitado pelo tutor que tinha condições técnicas para dar assistência aos seus alunos reunidos em grupos pequenos. Após o planejamento feito pelos grupos onde eram escolhidos os temas para serem desenvolvidos os estudos, esperava-se questionamentos, discussões, troca de informações, etc, e nem sempre o tutor tinha a melhor solução.

O processo de avaliação era constante e definido não por uma pontuação que estimulasse a competição, mas, sim, por um sistema que estimulasse o aprendizado⁷². A participação dos alunos na regulação / avaliação / revisão do currículo era fundamental. Esperava-se a definição de um núcleo de conhecimentos (habilidades) que orientasse o planejamento do ensino e pudesse servir as outras escolas médicas. O restante do tempo dos alunos deveria ser utilizado com as disciplinas, ou cursos facultativos (eletivos), de acordo com a escolha da carreira, isto é, “medico cientista, cirurgião ou médico de família”. É importante lembrar que esta proposta vem orientando a organização curricular até hoje na Universidade de Cornell/EUA, como expôs Thomas MAACK no 3º Congresso de Ensino médico do Estado de São Paulo – 2002/ UNICAMP. Porém, segundo ele, esta não é uma tarefa fácil e nem agrada a todos.

Neste programa educacional original da Universidade de Mc Master⁷³ que subsidiou o “PBL”, não há, explicitamente, referenciais filosóficos. Entretanto, de

⁷² Avaliação: “acima da média”, “média” e insatisfatório

⁷³ SPAULDING, et al. 1969.

acordo com as reminiscências da obra de Comenius nele encontradas podemos admitir que o embasamento filosófico foi feito a partir do *pragmatismo* e *humanismo* próprios do século XVI.

Como latino-americanos, em particular brasileiros, e conhecendo ao menos em parte a história das transformações econômicas que se refletiram na organização social e nos modelos de formação e assistência médicas do Terceiro Mundo, principalmente após a década de 50 do século XX, é imprescindível que façamos a discussão sobre quais foram os fatores determinantes para modificações na medicina – ensino, pesquisa e prática -, expressadas também no nível educacional através de novas propostas curriculares, para formar os novos profissionais de saúde. Esta discussão deve procurar responder porque os modelos de formação médica similares ou iguais ao “PBL” tornaram-se opções tão difundidas e aceitas nas décadas de 80 e 90 do mesmo século, em detrimento daqueles inspirados na educação e assistência médicas do Chile e África⁷⁴, que eram países com características mais semelhantes às nossas, inclusive na década de 70, e que vinculavam mudanças na medicina – ensino, pesquisa e assistência-, às mudanças necessárias na estrutura econômica da sociedade subdesenvolvida de então, com a finalidade máxima e primeira de promoção de saúde.

Apesar do término do período de ditadura militar nas décadas subseqüentes, estas propostas, ao menos como material para reflexão e para reorganização das escolas médicas e seus currículos, não foi considerada.

Além disso, que grau de influência a classe capitalista dominante exerceu no arranjo da medicina do Terceiro Mundo, em particular no fim dos anos 60, mas de forma decisiva na década de 70⁷⁵ do século XX, criando condições materiais sociais para o resgate, a prática e a consolidação incipiente do ideário neoliberal?

Às vezes somos forçados a acreditar que o modelo da “*aprendizagem baseada em problemas*” foi uma espécie de “reinvenção da roda”. Só é possível compreendê-la

⁷⁴ Cf. SCHUFTAN, CLAUDIO. *The challenge of feeding the people: Chile under Allende and Tanzania under Nyerere*. Soc Sci & Med. Vol 13C (97-107).

⁷⁵ CHAVES, Mario M.; ROSA, Alice R. (org.). *Educação Médica nas Américas - O desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez Editora, 1990. CHAVES, MM. *Saúde: uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1982. ROSA, A R. *Ensino Médico: Atualidade de uma experiência*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.

no curso das transformações mundiais, em particular da própria medicina, pois, afinal, a medicina sempre esteve envolvida com “problemas” (somáticos, ou psíquicos) dos seres humanos, os quais precisavam ser resolvidos. Os interessados em fazê-lo “aprendiam baseados” na observação desses “problemas”, como mostra a história da medicina e, as tradicionais “histórias clínicas das doenças”, surgiram de constatações.

Em resumo, por detrás do “PBL” se esconde a intenção da medicina mundial de deslocar o foco da assistência médica centrada no atendimento hospitalar excessivamente tecnologicado, “impessoal” e desumanizado, para a atenção comunitária, próxima aos próprios pacientes e suas necessidades biopsicossociais, mas esta mudança não se descola das transformações materiais determinadas pelo capitalismo, principalmente aquele proposto pelos novos liberais. Não é correto, do ponto de vista materialista histórico e da dialética *marxiana*, analisar essa “onda de reformulação do pensamento mundial” que passou a valorizar o indivíduo e sua história pessoal, suas particularidades que repercutiu na assistência médica determinando suas mudanças após a década de 60 do século XX, fora do contexto do pós-guerra, da industrialização/urbanização e acesso aos bens materiais, do crescimento do acesso à educação, da Guerra Fria e descrença no social-comunismo, da “Revolução Cultural”, entre outros tantos acontecimentos e fenômenos determinados pelo próprio capitalismo. No Terceiro Mundo, a necessidade de levar a assistência aos pobres trabalhadores e suas famílias que promoviam a urbanização desordenada, atrelada ao oportunismo do Banco Mundial ideologicamente escamoteado em favorecer este conjunto de medidas, foram decisivos para a descentralização da saúde que forçou um novo rearranjo do conhecimento no currículo médico.

Segundo KOMATSU ⁷⁶,

“(…) Em nossa opinião, o sucesso de programas como o da Universidade de Mc Master deve-se não somente ao emprego da ABP, mas ao desenvolvimento educacional rumo às reais necessidades da sociedade. Neste momento, isto leva as escolas a se aproximarem e se integrarem à comunidade, sem o que continuaríamos distantes e isolados da realidade. Assim, iniciativas como o PIN da Universidade Estadual de Londrina e a Interação Comunitária da Faculdade de Medicina de

⁷⁶ KOMATSU, R. *Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular* – *Revista Brasileira de Educação Médica*, 1999, 23: 32-37.

Marília devem ser estimuladas e desenvolvidas nas escolas médicas brasileiras... A aprendizagem baseada em problemas soma-se e complementa-se com a aprendizagem baseada na prática, e objetiva atingir plenamente uma aprendizagem baseada na realidade(...)”.

E de acordo como as orientações educacionais para formação médica, foi definida uma nova proposta, ou um “novo objeto de medicina”.

“(...) A definição de um novo objeto para medicina pode desencadear mudanças intrínsecas no modo de trabalhar do médico, gerando a criação de inúmeras possibilidades de organização do cuidado à saúde. Segundo Merhy⁷⁷, o objeto dos serviços de saúde é “a necessidade das pessoas (...)”⁷⁸.

Para nós, problemas, no caso de saúde, e a capacidade de resolvê-los é intrínseco à medicina. Não existe possibilidade lógica e histórica para crermos que a medicina, há milênios e como expressão do pensamento e da prática especializadas do homem no seu processo de evolução, não tenha sofrido transformações sucessivas e concretas até hoje, demonstrando a síntese entre o problema e a capacidade intelectual humana para resolvê-lo. Assim, tanto o problema e capacidade de solucioná-lo, respeitando as determinações e especificidades materiais históricas, poderiam exprimir algo positivo – resolve problemas e promove saúde -, quanto negativo – não resolve os problemas, não promove saúde.

Se durante boa parte do século XX a medicina pareceu estar distante do “problema real”, isto se deve muito mais às formas como os problemas de saúde foram abordados. Como procuramos mostrar, foram poucos os movimentos ligados à medicina preocupados com um detalhamento radical dos problemas de saúde. E este novo movimento da educação médica das últimas décadas do século XX não parece estar aparelhado cientificamente para se aproximar da realidade neoliberal e promover saúde a partir da aprendizagem baseada em problemas.

Não é legítimo admitir que através da aproximação entre medicina e comunidade é que se alcança a realidade e se atinge, então, a excelência no exercício da profissão, principalmente considerando a satisfação de quem recebe assistência. É

⁷⁷ MERHY, E E. *Curso de Gestão Hospitalar – DMPS/FCM/UNICAMP*, aulas proferidas nos 2º e 1º semestres, respectivamente, de 1994-1995 IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.38

⁷⁸ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 38.

possível conhecer a realidade dos pacientes dentro de um hospital, numa sala de necropsia, numa mesa redonda interdisciplinar com profissionais discutindo a correlação entre as doenças prevalentes e as condições de sobrevivência dos homens, ou o produto interno bruto (PIB), ou ainda as taxas de desemprego e o neoliberalismo, entre outros aspectos. Portanto, parece no mínimo arbitrária e alienada a proposta de formação profissional preferencialmente baseada na comunidade em detrimento daquela formação baseada no hospital, se os futuros alunos-médicos não receberam os conhecimentos necessários para uma nova leitura da sociedade de um outro ponto de vista e que não seja estritamente médico.

As próprias condições da realidade atual estão sendo ignoradas, como por exemplo, no caso do mercado de trabalho médico e das condições de sobrevivência em que vivem os pacientes usuários da assistência médica. Além disso, como parte do processo pedagógico para formação profissional não nos parece correta a idéia de poder conhecer melhor a realidade através da inserção, na comunidade, de profissionais da saúde próximos dos pacientes. O esclarecimento só possível a partir de um projeto educativo fundamentado que permita interpretar a realidade mesmo não estando diretamente nela, pode promover a “des-alienação” (conscientização), a “expansão” da racionalidade, que são decisivos para ampliar a compreensão do problemas e aumentar o arsenal de ferramentas para resolvê-los, não restringindo-as ao que existe exclusivamente na medicina, principalmente aquilo que pode ser feito no nível assistencial primário.

A outra questão que merece ser debatida é a dos “problemas” de saúde, ou do processo de adoecimento e suas respectivas soluções existentes em países do Primeiro e do Terceiro Mundo. Os determinantes capitalistas, o grau de desenvolvimento material alcançado em cada sociedade pede modelos e ações distintas de promoção à saúde em cada localização. Deste modo surge outra pergunta: quantos destes problemas podem ser, ou já poderiam ter sido resolvidos com a ação médica e quantos com ações não caracteristicamente médicas? Isto é relevante para o Terceiro Mundo, pois a presença de médicos, isto é, a assistência à saúde com equipes multidisciplinares junto às comunidades para que haja maior interação, não deve esconder, ou escamotear, e nem adiar a necessidade e urgência de reformas sociais

materiais, como por exemplo, tratamento de água e esgoto, alimentação regular, moradia, lazer, educação, para que realmente surja terreno favorável à uma vida com saúde, o que ainda está longe de ocorrer para a maioria dos homens, mesmo com a presença do médico em locais urbanos ou rurais do Terceiro Mundo e até na periferia das cidades do Primeiro Mundo.

O médico não pode dissimular este processo intrincado através de sua ação profissional assistencialista-paternalista. Para isto ele precisa estar consciente do caráter político que o exercício da medicina possui. A proposta do “PBL” de certa forma vai ao encontro dos interesses das agências de gerenciamento do capital mundial – Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, etc. -, que propõem a assistência primária predominante em detrimento daquela secundária e terciária para as camadas pobres da população, ou aqueles que não podem pagar, preocupando-se muito mais com a contenção de custos do que com a oferta de assistência à saúde qualificada. Simultaneamente, há incentivo à iniciativa privada para que assuma a assistência médica diferenciada, ou para quem pode pagar, e permanece a dívida histórica com as reformas sociais citadas, que novamente não será “paga”.

A superação concreta desse desnível material social permite que o “PBL” voltado para formação de médicos generalistas (saúde da família), no Canadá, na Inglaterra, ou nos EUA possa ser desenvolvido e praticado de modo totalmente distinto e muito mais favorável do que, por exemplo, num país latino-americano, africano de economia capitalista.

Um terceiro aspecto a ser ressaltado é a crescente divulgação do “PBL” como uma “filosofia educacional, aproximando-se da pedagogia da autonomia de Paulo Freire”. Como vimos, a partir do modo de produção das condições materiais de subsistência, os homens podem adoecer e de acordo com as necessidades e possibilidades também determinadas pelo grau de desenvolvimento material social podem ser reconduzidos à saúde. Isto define a base concreta para os próprios homens se organizarem em sociedade e estabelecerem o modelo de assistência médica que lhes é mais adequado, o que implica numa determinada organização do conhecimento para formar profissionais da saúde, em particular médicos, aptos a resolverem os problemas

existentes e emergentes. A partir daí a civilização moderna se coloca diante de um impasse: partindo do fato de que no período capitalista houve os maiores ganhos (avanços) no que se refere aos descobrimentos das causas de doenças e com eles as possibilidades de resolvê-las, é neste período que se espera os melhores resultados. Entretanto, mesmo num mundo globalizado prevalece a tradicional tendência de resolver os problemas de saúde somente de acordo com a visão médica, como pode ser demonstrado por propostas similares ao “PBL” que chegam a ocupar a posição de uma “filosofia educacional”. Com tantos avanços no conhecimento no período moderno e possibilidade de integração de várias áreas científicas, os problemas ligados à educação médica são resolvidos ainda na mesma área, o que representa uma estreiteza do significado de filosofia, que acaba dando margem às interpretações parciais, relativistas, descontextualizadas, alienadas, que não consideram o jogo de forças existentes na sociedade no momento da escolha de determinadas propostas para formação.

Fala-se da necessidade de superar a dicotomia educação-trabalho, ou mundo ilustrado e mundo do trabalho, e da necessidade de novas abordagens que proporem a educação permanente, como o próprio “PBL” que seria uma forma de alcançar a maior integração entre conhecimentos e sua aplicabilidade na resolução de problemas.

Entretanto, pudemos notar⁷⁹ que apesar de uma nova proposta o “PBL” a rigor não superou esta cisão entre educação-trabalho⁸⁰, que parece ter sido aceita como dada, “natural”, não sendo questionado a legitimidade e os interesses econômicos desta

⁷⁹ 3º Congresso Paulista de Ensino Médico - UNICAMP - Campinas(SP), 2002 (maio).

⁸⁰ A mesma coisa que ensino-prática, ou teoria-prática. Vale conferir esta análise em *Cuba: Saúde e revolução - antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro : Achiamé/CEBES, 1984. Naquele país e numa outra conjuntura social, política e econômica, a proposta de colocar precocemente o aluno na assistência primária é diferente daquela do Projeto CINAEM. O significado filosófico da associação ensino-trabalho é antigo, principalmente de acordo com trabalhos de Marx-Lenin. Assim, é preciso esclarecer que este modelo educacional, de acordo com seus formuladores originais, foi pensado como fundamento educacional visando a transformação social e a construção de uma sociedade menos desigual, portanto mais saudável. Daí o caráter estratégico da tarefa da educação, em particular médica, nestas sociedades. Não parece, portanto legítimo usar este arcabouço teórico para organizar o ensino médico a remediar os malefícios criados pelo modo de produção capitalista. A inserção precoce pretende combinar estudo-trabalho que, segundo trabalhos cubanos, resulta da “concepção pedagógica baseada na relação dialética da teoria e da prática. E é assim que a educação médica incorpora o trabalho vinculado à docência, como elemento capaz de estabelecer uma conexão entre o sistema de conhecimentos e a aplicação prática”. Embora somente a partir da década de 90 esta relação passe a ser discutida de forma ampla, só hoje vem sendo executada de forma sistemática pelas escolas médicas brasileiras.

separação. Outros elementos do discurso do “pró PBL” demonstram sua inconsistência teórica, afinal ele é aceito como “metodologia” e alguns referenciais apresentados por KOMATSU (1999) são, por exemplo, a “crise da racionalidade científica”, a valorização do que se convencionou chamar “humanidades ou estudos humanísticos”, tudo sustentado pela idéia de uma sociedade pós-moderna, pós industrial ou pós-mercantil, com todos os avanços nela implícitos.

Esta orientação educacional expressa pelo “PBL” preenche as necessidades de enxugamento da estrutura universitária pública no que se refere a pesquisa, privilegiando, basicamente, a formação e principalmente as atividades de auto-aprendizagem, educação continuada, tutoria, entre outros aspectos. Em resumo, os problemas sempre existiram! A diferença está no enfoque dado aos mesmos. Se nos basearmos no pensamento *marxiano*, talvez a diferença no enfoque dado aos “problemas” para que sirvam para “aprendizagem”, seja determinada pela limitação da consciência de classe que possibilita a criação de ilusões redentoras que permeiam a idealização, ou o planejamento de um trabalho para formar o médico “adequado às necessidades sociais”, como o “PBL”. Na realidade se cria um médico para assistir parte da sociedade capitalista, porém sem considerar a complexidade da organização econômica da própria sociedade. Mas estas propostas, mesmo que ilusórias não estão desvinculadas da realidade, ainda que sejam soluções idealizadas a partir de situações concretas.

“(...) Os homens são os produtores de suas representações, de suas idéias etc., mas os homens reais e ativos, tal como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde até chegar às suas formações mais amplas. A consciência jamais pode ser outra coisa do que o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo de vida real(...).”⁸¹

Assim, por mais minucioso que seja o trabalho de caracterização das deficiências existentes em alunos, escolas e professores de medicina, eles podem ser mal utilizados e não servirem para as transformações necessárias no processo de geração de saúde se a complexidade das relações sociais não for considerada.

⁸¹ MARX, K. & ENGELS, F. *A ideologia alemã*. 3ª ed.. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1982, p. 36-7.

Daí a incursão dos conhecimentos em história que propusemos serem fundamentais para percebermos as distinções entre o “modelo *flexneriano*” e o “PBL”, e não agirmos no impulso para selecionarmos o “melhor” método, já que são orientações da educação médica, ou produtos de períodos históricos distintos. A crítica “a-histórica”, moralista, que também reforça o embasamento de algumas propostas não produz avanços. Afinal, quem teria certeza mínima de que o PBL não será obsoleto daqui a algum tempo?

1.3) Orientações para reformulação curricular de acordo com a realidade e as necessidades sociais

Com a 3ª fase do Projeto CINAEM foi definido eixo orientador para construção de propostas transformadoras coerentes com o eixo de desenvolvimento curricular das escolas médicas. O mais importante na 3ª fase foi o estabelecimento de diretrizes para transformação da educação médica brasileira aprovada pelos participantes do IX/X Fórum CINAEM (Brasília- 1999).

As mais de 50 escolas médicas brasileiras participaram de atividades como oficinas, eventos, fórum e da avaliação cognitiva, que foi realizada em 22.694 alunos de 60 escolas⁸².

A partir da análise e discussão preliminar dos dados foi definido um quadro com orientações educacionais para formação médica de onde surgiu uma proposta, no caso, um “novo objeto da medicina”: “a necessidade das pessoas”. E para conhecê-la, para sabermos por que os homens adoecem, foi necessário considerar a própria realidade em que vivem tais pessoas,

“(...)o novo processo de formação, de acordo com o acúmulo produzido até o momento deverá ser uma estrutura centrada na comunidade com enfoque na pessoa e suas necessidades(...)”⁸³.

⁸² PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p37.

⁸³ *Ibidem*, p37.

As “*necessidades*” humanas mais elementares e prioritárias, hoje, não nos parece que possam ser satisfeitas através da medicina. Como vimos, desde Comenius o processo educativo tem relevância na mudança e na manutenção do curso das transformações materiais sociais. Há um equívoco antigo, que ideologicamente é interessante para expansão-acumulação capitalista, em atrelar a promoção da saúde à reforma educacional médica. Para isto, procede-se a reorientação-reformulação de sua ação para que possa satisfazer as “*necessidades*” daqueles que mais adoecem e dependem da assistência à saúde gratuita.

A medicina hegemônica no século XX medicalizou, eficientemente, através da ciência e tecnologia, males que seriam evitados através do alcance de mínimas condições materiais de subsistência. Hoje, de acordo com nossas pesquisas, permanece a crença de que a transferência da assistência médica para comunidades - nível primário - e a inserção de médicos de família nelas, podem isoladamente, reduzir a morbi/mortalidade das doenças e, indiretamente, melhorar as condições de vida dos miseráveis. O Projeto CINAEM propõe uma assistência médica nas comunidades, porém não considera tanto a “*terceiro mundialização*” do Primeiro Mundo quanto as más condições materiais do Terceiro Mundo. É assim que propostas médico-assistenciais de países desenvolvidos servem para os países subdesenvolvidos. Seria esclarecedor correlacionar modelos de assistência médica e sua eficácia, com as características materiais das populações por elas beneficiadas. Propostas similares têm sido usadas em diferentes regiões do mundo, ou de um país, como, por exemplo, “*PBL*” (“*problem based learning*”, ou aprendizagem baseada em problemas) e o PSF (Programa de Saúde da Família), respectivamente, Canadá/EUA/Brasil, e Maranhão/São Paulo/Rio Grande do Sul. Esta prática tem se generalizado num país como o Brasil que tem “*dois Brasis*”. Se nos baseássemos no IDH (índice de desenvolvimento humano) notaríamos que as mesmas propostas de promoção à saúde são executadas em locais com índices muito discrepantes.

O novo modelo médico-assistencial que não pode superar o déficit entre a oferta e a assistência e nem as más condições de vida, vem se consolidando e de uma forma menos agressiva aos olhos da sociedade por aparentemente estar “*mais distante*” do Complexo médico industrial e mais próximo da pobreza e das necessidades

humanas, o que lhe permite, teoricamente, resolver mais problemas. Mas esta atuação médica, que começa na escola, novamente esconde as primeiras raízes das doenças ao atuar solidariamente-sacerdotalmente junto aos doentes-pobres-miseráveis. Um misto de “medicalização” moderno-medieval. Ao menos no Terceiro Mundo e nas atuais condições de desenvolvimento do capitalismo, nós achamos que o ensino e a prática médica devem estar vinculados a um projeto maior que tenha como prioridade a melhoria das condições de vida dos homens. E atuando isoladamente, digo, sem uma relação política orientada para esta satisfação conjuntamente com outras áreas do conhecimento, não haverá nem compreensão desta perspectiva de ação médica e muito menos uma ação efetiva, transformadora. E ainda que a proposta do CINAEM quisesse, essencialmente, colocar o aluno junto às “necessidades das pessoas” para uma possível conscientização, isto não está implícito no próprio Projeto, e não há uma preocupação teórica clara em desvendar de forma crítica, histórica e científica esta realidade, como pôde ser feita por cientistas, inclusive médicos, desde o século XIX.

Nós temos visto uma certa tendência de, também através do “trabalho médico”, escamotear a função do Estado do bem estar social, principalmente nos países de Terceiro Mundo. Sabidamente o “trabalho médico” tem um significado político-econômico para estabilidade social, como ficou demonstrado através dos movimentos migratórios de médicos da Inglaterra, Chile e Cuba para o “centro” da medicina, durante o século XX (décadas de 50 a 70). Esta foi a prova cabal da incompatibilidade que pode surgir entre o exercício da profissão e os interesses médico-sociais. Na conjuntura atual o Projeto CINAEM tem defendido um modelo médico-assistencial mais amplo, entretanto sua concretização efetiva esbarra na própria estrutura capitalista, o que, novamente, também é uma manifestação da incompatibilidade entre exercício profissional e os interesses sociais.

No caso do Brasil, no período pré eleitoral presidencial em 2002, isto teve relevância, afinal novos governantes não deveriam ignorar a história de fragilidade do Estado brasileiro e sua submissão ao capital estrangeiro, num passado recente. E este ciclo precisa ser rompido pela sobrevivência e saúde do povo brasileiro, e esta ruptura deve ser feita, se não com a ajuda dos médicos, que seria decisiva, ao menos sem sua nociva interferência que ideologicamente aparenta ser um benefício e uma conquista

do próprio povo. É preciso pontuar e delimitar o que é trabalho médico e o que é função do Estado, ambos na perspectiva de geração de saúde. Nós não acreditamos que seja “mera coincidência” a expansão do neoliberalismo concretamente através da estruturação gradativa de um Estado mínimo, de privatizações, de crescente desemprego e empobrecimento dos povos mundiais, da reformulação do ensino, particularmente do nível superior, e nesta corrente está a reformulação curricular médica e o incentivo da formação do médico de família (PSF). Os debates sobre educação médica no contexto atual têm como um dos pilares a aproximação do aluno dos serviços de saúde, confirmando as primeiras tendências do Projeto EMA e as “sugestões” do Banco Mundial.

Na perspectiva histórica do desenvolvimento capitalista nós admitimos o Projeto CINAEM como um desdobramento do Projeto EMA, uma espécie de “nacionalização do projeto EMA”, possível com a transferência do ideário deste projeto, mas respeitando as peculiaridades de cada país. O elemento comum em ambas reformulações do ensino médico latino americano foi a transferência do local de assistência médica para o nível primário (descentralização e “capilarização” da assistência médica) com objetivo de compreender melhor os aspectos biopsicossociais dos pacientes, possível com a aproximação da medicina desta realidade, e com isto amplia a dimensão da compreensão do processo de adoecimento e da morte, e possibilita-se assistir melhor e a um maior número de pessoas. Enfim, acredita-se que a modificação da assistência médica melhoraria a qualidade de vida de grande parte das pessoas. É interessante notar que apesar dos exemplos de organização dos sistemas nacionais de saúde de Cuba (pós revolução) e do Chile (início da década de 70-século XX), todos os países participantes do Projeto EMA deram curso às suas respectivas modificações no Sistema de Saúde sem considerar radicalmente a necessidade de ajustes simultâneos noutros setores responsáveis pelo funcionamento da sociedade e também relacionados com a promoção de saúde. As experiências cubana e chilena mostram, respectivamente, a dificuldade em criar a consciência nos alunos e médicos da importância deste trabalho junto à sociedade que já havia modificado sua base econômica, e a incompatibilidade deste modelo com interesses capitalistas que prevaleceram na sociedade chilena, que não havia mudado definitivamente sua base

econômica. Desse modo, um trabalho na rede primária talvez ganhe importância e força a partir do esclarecimento dos alunos, agentes de saúde, médicos nele envolvidos⁸⁴.

Afinal, o avanço do neoliberalismo transfere para o setor da saúde a idéia de que um sistema nacional de saúde pode ser organizado de modo independente da organização da produção agrícola, reforma agrária, criação e manutenção do emprego, plano de saneamento básico, tratamento de água e esgoto, etc. Isto justificaria nossa situação atual, qual seja, a geração de recursos em saúde não superaria ou desaceleraria a “geração “ de doença/morte, e o projeto nacional de incrementar a assistência primária através de mudanças no ensino e na prática “ganha vida própria e autonomia”, ignorando a gravidade e o imperativo de serem feitos ajustes sociais para que os próprios e específicos projetos do sistema nacional de saúde tenham possibilidade de execução e alcance satisfatórios.

É esta falta de visão histórica da dinâmica da sociedade capitalista que impede a compreensão de que, embora os serviços terciários tenham sido “projetados” para um determinado padrão de assistência médica, com o crescimento populacional ele não pôde atender esta demanda, permitindo um “surgimento necessário” da assistência primária e secundária. Mas esta, até hoje, principalmente com a industrialização ocorrida na segunda metade do século XX também não tem sido capaz de atender as necessidades da população. O desconhecimento da gênese da maioria das necessidades de assistência à saúde, em particular assistência médica, bem como dos fatores que determinaram seu surgimento, continuam a ser ignorados pelos “educadores médicos”. O resultado disto é a falta de compreensão do porquê há uma gama imensa de indivíduos, doentes ou não, que continuam a procurar a assistência terciária, tendo, ou na maioria das vezes não tendo, assistência primária de qualidade à disposição. Mesmo assim os “estudiosos” continuam a “empurrar” a assistência médica (primária) para as

⁸⁴ As experiências latino-americanas mostram que a utilização do aluno de graduação em medicina na assistência primária é possível, porém é necessária uma organização política-econômica-social prévia, ou no mínimo que seja implantada concomitantemente para que este projeto traga bons resultados e não se torne mais uma experiência frustrada. A utilização de métodos e instrumentos de esclarecimento e convencimento dos alunos para que apoiem as mudanças não deve restringir-se ao plano educacional, mas incluir os desafios políticos. Talvez, num projeto “supra-acadêmico”, isto é, um projeto de promoção de saúde nacional-latinoamericano.

periferias sob o argumento do “médico ir ao encontro das necessidades biopsicossociais dos indivíduos” (PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000), como se não houvesse outra possibilidade ou modalidade de assistência à saúde integral que não fosse aquela ligada aos profissionais da saúde, em particular ao médico.

Têm sido ignoradas as motivações do “assistencialismo médico do tipo primário no nível terciário”, mesmo quando não há capacidade de atendimento na rede básica. No nosso contexto, os serviços terciários não atendem somente casos complexos. A dinâmica, academicamente proposta da assistência à saúde nos respectivos níveis, não obedece a demanda populacional. Desvendar as causas disto é essencial, porém não se deve restringir as análises ao campo da gestão, ou ao fato de que a população está despreparada para usar o sistema de saúde de modo escalonado. Mesmo que se propusesse a fazer isso, iríamos “contra” as necessidades da população que não pode ser reprimida porque busca saúde. Esta divisão do sistema de assistência à saúde, nos moldes em que é incentivado na maior parte do Terceiro Mundo, talvez obedeça à uma lógica da medicina, mas não à “lógica” do adoecimento da população.

Também é possível haver dificuldade para o atendimento primário integrar-se definitivamente às comunidades. O trabalho exercido na rede básica pelos profissionais da saúde para promoção da saúde não é tão atrativo principalmente pelo nível dos problemas que na maioria das vezes poderiam ser resolvidos através da melhoria nas próprias condições de vida dos homens-pacientes. Além disso, o mercado de trabalho saturado dificulta as atividades liberais forçando o assalariamento. Neste caso, vincular-se às atividades nas unidades básicas de saúde, ou programas de saúde da família, nem sempre são uma opção, mas uma decorrência da falta dela. E este profissional que não recebeu formação universitária intelectual para reconhecer a importância econômica, social e política das suas atividades neste setor da saúde, habitualmente atua sem motivações e estímulo, como por exemplo, para desenvolver atividades de pesquisa, ou estudos relacionados ao seu local de trabalho conjuntamente com a equipe de saúde. A remuneração, que nem sempre é satisfatória, torna as tarefas na rede básica uma “segunda opção” de emprego.

Atualmente, trabalhadores deste setor enfrentam problemas sérios nas periferias das grandes cidades como, por exemplo, aprender a lidar com populações vítimas da

miséria e também da violência do próprio meio onde vivem, que apresentam graus elevados de agressividade e muitas vezes cobram da própria equipe de saúde, não necessariamente do médico, atenção, consideração e solução para problemas individuais e/ou familiares que nem sempre são da esfera de ação profissional assistencial médica embora sua aparência seja indicativa. A população assistida comumente é pobre e antes de médico, precisa de, prioritariamente, casa, alimentação, água e esgoto tratados, poder aquisitivo, escolaridade mínima suficiente para entendimento, por exemplo, de uma receita de remédio, etc.

E esta relação, de impotência de um lado (médico/equipe de saúde) e insatisfação do outro (pacientes), se agrava ainda mais quando alguém madruga por semanas numa fila longa à espera de uma consulta que, independentemente do problema, provavelmente terá uma duração, convencionada universalmente, de 15 minutos e, às vezes, poderá ser realizada em unidades de saúde com espaço físico precário, ou em locais improvisados, sem arejamento e sem equipamentos suficientes mesmo para um atendimento básico.

Habitualmente a preocupação principal é a resolução rápida e superficial de problemas crônicos, enraizados, muitos ligados e determinados pelas más condições de vida. E diriam: “Mas isso é melhor do que a falta de assistência!” E nós diríamos: “É melhor ter condições materiais de subsistência para não adoecer!”

De certa forma há uma hipocrisia governamental e intelectual que recebe “apoio” de uma população desesperada e desassistida cronicamente, fazendo com que todo o conjunto social confunda os limites, alcances e a eficácia da ação médica isolada na promoção da saúde, do mesmo modo que confunde a ação da polícia no combate a violência e aos elevados índices de criminalidade.

A crítica ao ensino especializado hospitalar não deve servir de suporte para justificar o incentivo à assistência primária pelos motivos que já salientamos inerentes à conjuntura sócio-econômica brasileira. “Importar” o modelo assistencial primário, ou de saúde da família, ou ainda de programas como médico de família, desconsiderando a realidade material social, é ambíguo. A velocidade de adoecimento e a busca de saúde dos segmentos excluídos da sociedade extrapolam a capacidade de assistência principalmente porque nestes locais a doença é resultado das más condições materiais

de vida. E o serviço terciário continua sendo sobrecarregado com pacientes com este perfil.

Nos países subdesenvolvidos o desenvolvimento capitalista cria uma rede complexa de relações humanas-institucionais que, no cotidiano, de acordo com variáveis como crescimento populacional, restrição da capacidade de assistência, crise econômica, desemprego, fome, etc., fazem com que problemas de saúde simples, previsíveis e que podem ser prevenidos “se desdobrem” em situações complexas, graves e às vezes irreparáveis. Isto não está ao alcance da assistência primária e também ela não está preparada para resolver problemas de saúde simples que, pela conjuntura atual se agravariam. Por exemplo: quando falta dinheiro para comprar remédio, quando não há água tratada e alimentos para fazer uma dieta que ajude no controle e convalescença da doença diarreica infantil, ou quando não há medicamento disponível para tratamento de uma infecção, ou da hipertensão arterial crônica, da asma brônquica, ou quando não há preservativos, etc.

Desta forma, mesmo com uma rede primária de assistência ampla, correr-se-ia o risco de precisar de estrutura terciária de proporções similares caso não houvesse melhora na capacidade individual de promover saúde extra medicina.

Neste cenário, a proposta original de descentralizar a assistência à saúde (assistência médica no nível básico) vai sendo esquecida, ou flexibilizada e deturpada, às vezes até de forma leviana, compensatória, contrariando seu embasamento filosófico. Esta distorção nos meios através dos quais se pretende promover saúde amplamente força readequações políticas e reformulações teóricas e ideológicas que não poupam a educação médica.

Nós acreditamos que falta ainda compreensão dos determinantes estruturais, para a persistência, ou reformulações deste modelo educacional que, na realidade, está desarticulado das “necessidades sociais” da maior parte dos povos do Terceiro Mundo e mais distante de um projeto de desenvolvimento material social com distribuição efetiva e sustentada da riqueza produzida, para reduzir a desigualdade e permitir desenvolvimento social de acordo com a precisão destes povos.

O que notamos é que, na realidade, do ponto de vista filosófico não há sinais de ruptura com o modelo de educação médica praticado ao longo do século XX e, hoje,

novamente como noutras décadas atrás há perspectiva de modificação aparente, sem mudanças na estrutura política e econômica. Os interesses da classe dominante nas decisões políticas sobre qual modelo educacional de medicina seria melhor para nossa sociedade, ou quais políticas públicas de saúde seriam mais adequadas neste momento ainda são ignorados, assim como a história dessas decisões e o fato de que continuam a representar a influência do capital na organização dos setores de saúde determinado por aquilo que lhe é intrínseco: a realização do lucro.

Ainda que, de acordo com o conjunto das necessidades sociais “o problema do paciente será o ponto de partida da reflexão sobre dimensões do processo saúde doença e da busca ativa de conhecimento”⁸⁵, e mesmo que hoje exista um certo privilégio do enfoque educacional nos aspectos psíquicos/coletivos/sociais da medicina, ampliando os conhecimentos médicos, é preciso ressaltar que tal abordagem já fora feita, mas prevaleceu o interesse no enfoque biológico, a linha de pesquisa de base epistemológica analítica, positivista.

Em “desenvolvimento curricular: transformando docentes e discentes em busca de um novo processo de formação – uma visão sobre currículo”⁸⁶ são comentados aspectos relevantes sobre o currículo, porém não são observações inseridas num contexto histórico mais amplo. Podemos admitir que a criação de um conjunto de diretrizes curriculares serviria de eixo orientador para adequações posteriores de acordo com cada escola e esta característica dá uma aparência de equilíbrio de forças no processo de construção curricular, permitindo a participação de múltiplas tendências. Mas isto não corresponde à realidade dos fatos se considerarmos a ideologia capitalista dos novos liberais e as próprias diretrizes curriculares. Portanto, comentários como os exemplificados abaixo, no curso das transformações capitalistas mundiais que afetam sistemas de educação e de saúde, devem ser feitos com cautela e serem devidamente interpretados: “os currículos são expressão do equilíbrio de interesses e forças que gravitam sobre o sistema educativo”, ou “o currículo está envolvido com relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas, tem sua história vinculada à forma de organização institucional e societária, possui

⁸⁵ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p45.

⁸⁶ KOMATSU, R.S. IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.113.

raízes históricas e precisa ser entendido em cada contexto de ocorrência”, ou “de fato , no currículo, concretiza-se e toma corpo uma série de princípios de índoles diversas – ideológicos, pedagógicos, psicopedagógicos – que, em conjunto, mostram a orientação geral do sistema educacional”, etc.⁸⁷

Não se trata de transformar o currículo numa “camisa de força”, nem somos avessos à liberdade dos estudos e pesquisas, no entanto julgamos imprescindível que cada intelectual (pesquisador, docente) assuma claramente seus referenciais teóricos e pressupostos filosóficos e estabeleça seu conjunto de metas.

É possível que cada envolvido na transformação da educação médica faça uma opção consciente pelo caminho que pretende trilhar na produção de conhecimento sobre o ensino e a prática da medicina e, inevitavelmente de acordo com esta decisão é possível fazermos uma interpretação histórica como ocorre com KOMATSU (2000) que apresenta elementos discursivos que nos remetem aos pilares “pós-modernos”. Acreditamos na necessidade de se estabelecer um elo entre todas as escolas médicas, porém que não seja exclusivamente o modelo, ou a técnica pedagógica. Como já dito, previamente à discussão do currículo médico, precisamos definir o que se pretende da medicina, porém considerando a perspectiva histórica.

Quando tomamos os estudos sobre o câncer para demonstrar que combatê-lo implica em atuar em campos distintos e complementares e não opostos, demonstramos a necessidade do enfoque materialista histórico para compreensão total, intrincada, complexa do processo de adoecimento e não só das doenças. A rigor não cabe mais amparo científico, econômico e social para as abordagens que privilegiem ora o enfoque estritamente biológico tradicional (*flexneriano*), ora o enfoque recente “biopsicossocial”, que também privilegia aspectos distintos como aqueles humanísticos e psicológicos.

Na reorganização do currículo médico atual devem ser consideradas ambas perspectivas, a fim de se estabelecer e aclarar as correlações processuais, dinâmicas entre adoecimento/doença/morte e saúde/vida e as condições materiais, e isto tem enorme valia para a medicina – ensino e prática. Portanto, o desenvolvimento capitalista precisa ser detalhado no campo da ação médica.

⁸⁷ Ibidem, p113.

Dizer que “o currículo real, verdadeiro, de fato, se constrói no cotidiano escolar na prática docente e discente”⁸⁸, não diz nada ou diz algo pela metade. Afinal, que “real” está em discussão e como analisá-lo? De que forma a medicina pode mudar este “real”, isto é, o real das pessoas que necessitam de assistência à saúde, principalmente do tipo médica?

Não há dúvida nenhuma que para discutir o “real” de forma total, ampla, abrangente, e decidir por um modelo de assistência à saúde e um modelo de formação profissional a ele sintonizado, implica na utilização de outros conhecimentos que os “educadores médicos” se abdicaram de usar. Discuti-se modelos assistenciais “adequados” à realidade da população e suas necessidades, sem considerar a possibilidade de uma outra realidade imprescindível e urgente para esta população e que seja, historicamente, minimamente viável.

Ainda segundo KOMATSU⁸⁹ que cita DOLL (1997), a orientação é para elaboração de um currículo que,

“(...) respeite, valorize, recorra, sem início ou final fixo; um currículo aberto, bifronte, eclético, interpretativo... Em nosso entendimento o currículo não deve resumir-se a um mero programa de atividades dos professores e alunos, concebido de maneira a que os alunos alcancem, na medida do possível, determinados fins ou, determinados objetivos, pois ‘para considerar o currículo como um processo transformativo, precisaremos considerá-lo como algo mais que uma série de unidades contingentes – considerá-lo como uma integração mista e multivariada de experiências ricas e de final aberto; como um mosaico complexo que sempre muda o seu centro de atração conforme nós mudamos o nosso’(...)”.

Esta posição flexível, permissiva, nada pontual, eclética num momento em que é preciso reconhecer na trama social as condições materiais que sustentam-determinam o processo de adoecimento se propõe, através dos processos de formação-assistência médicas, ações que vão ao encontro das obrigações mais evidentes, grotescas, sem considerar aquilo que determina esta situação. Um projeto político que defina o que é necessário para promover saúde e que não esteja restrito ao próprio meio médico, mas que tenha no médico um forte aliado, passou a ser fundamental como parte do

⁸⁸ Ibidem, p 113.

⁸⁹ DOLL-Jr, WE. “Currículo: uma perspectiva pós moderna”. Porto Alegre. Artes Médicas (1997), citado por KOMATSU IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.114.

processo de promoção da saúde que não está dissociado do processo de construção de outra realidade social onde haja maior equilíbrio no acesso aos bens materiais mínimos, mas necessários à sobrevivência. Talvez em nenhum outro período histórico isto pôde ser tão bem contemplado e, do mesmo modo, nunca foi tão deixado de lado e ignorado.

Ainda na proposta educacional do Projeto CINAEM (PICCINI et al. 2000, p.115), foram demonstrados, numa das oficinas, os “anseios dos docentes e discentes”.

Destacamos alguns que são pertinentes às nossas discussões sobre a fundamentação teórica filosófica, e que, embora sejam poucos dentre os vários citados, nos permitem reconhecer seu significado na transformação educacional e, conseqüentemente, social. Por exemplo, a redução da ação educacional individualizada pode ser alcançada através de atividades de pesquisa e a orientação destas também deve contemplar respostas sobre os rumos da medicina e sua importância como ciência no equilíbrio material da sociedade. Isto contribuiria concretamente para banir gradativamente a idéia de uma produção científica neutra, que atenda interesses preferencialmente particulares de forma indiscriminada, resultando muitas vezes, na aparente “pesquisa pela pesquisa”. É importante admitir que a pesquisa tem potencial transformador intrínseco e que pode se tornar ferramenta básica para o trabalho cotidiano, permitindo enriquecimento intelectual, e desmistificando a idéia de que é algo esotérico. Para isto, deve sofrer a incursão das análises políticas para que cada aluno, individualmente e/ou em conjunto, adquira a partir delas senso de responsabilidade e da sua tarefa política nas transformações sociais. Atividades complementares em grupo, com uma orientação vinda de uma necessidade ou prioridade do contexto real e voltada para a própria transformação do real são imprescindíveis para formação intelectual plena. Não necessariamente estas atividades devem ser concluídas por um único grupo de alunos.

Importa que todos adquiram previamente a visão do objetivo final/último de uma tarefa acadêmica-científica que seja prioritária à mera publicação em periódicos nacionais e estrangeiros e inchaço curricular pessoal. Mesmo tratando de pesquisa e pretendendo rigorosamente vinculá-la à “realidade” e a possibilidade de promoção da

saúde, é necessário um pressuposto teórico que permita distinguir algumas premissas que comprometeriam o trabalho de “ensino e aprendizagem”:

“(...) professor/aluno tratando o paciente como cidadão, que participa e é responsável pelo seu cuidado, é informado, tem capacidade de decisão e é livre. (resultado esperado). (...)”⁹⁰

Algumas conclusões de oficinas, como esta acima, que posteriormente embasarão as orientações educacionais não só no campo da medicina, não parecem estar afinadas com a própria “realidade” a que se propõem intervir, para benefício de amplos setores da sociedade. A primeira e mais aguda impressão que tiramos desta colocação é que, novamente, trata-se de reorientar a assistência médica a partir da construção de um projeto educacional ideal, isto é, que presume poder atender os anseios da população sedenta por saúde, mas novamente está longe de atendê-los concretamente.

No momento em que esta “realidade”, precisamente a atual, não fictícia é adotada de modo parcial e utilizada como referência para elaborar um projeto pedagógico, como o Projeto CINAEM, é possível esperar equívocos, ajustes, compensações, mas não mudanças efetivas. Na origem destas abordagens limitadas e que geram sucessivos equívocos na intervenção na “realidade”, está o eixo teórico adotado que permite um juízo da situação da saúde mundial e a formulação de uma opinião unânime de que se pode dar assistência à saúde através do atendimento primário aos pacientes, sem considerar que eles não são totalmente livres e estão presos prioritariamente às necessidades materiais mais básicas para sobrevivência. A grande maioria dos pacientes antes de alcançar o grau de cidadão precisa superar o grau de privação material que lhes ameaça a vida.⁹¹

Isso é essencial, pois a globalização trouxe desemprego mundial grave e isto tem interferido concretamente na realidade destes indivíduos e suas famílias de modo cruel. A desnutrição protéico-calórica como resultado da privação alimentar grave e crônica, hoje já tem sido verificada nos adultos que são os responsáveis pelo sustento

⁹⁰ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 116. Sugestões contidas no relatório da Oficina do Rio de Janeiro.

⁹¹ Jornal *Folha de São Paulo*, setembro de 2002. Reportagem IBGE demonstrando o poder aquisitivo brasileiro.

da família, restringindo ainda mais as possibilidades de uma subsistência saudável da família. E aqueles que, em teoria apresentam os elementos mais contundentes (predomínio da doença e morte sobre a saúde e a vida longa)⁹² para se convencerem a empunhar a bandeira em favor da mudança deste panorama e defender a melhoria das condições de sobrevivência dos povos do Terceiro Mundo, ou dos que vivem em condições similares, comportam-se cada vez mais como seres alheios e alienados frustrando possibilidades e intenções de transformação. Os pressupostos teóricos admitidos até hoje como os mais apropriados para guiar a educação e assistência médica não promovem um grau de amadurecimento intelectual e formação profissional que permitam aos indivíduos, em suas atividades profissionais, perceberem o potencial de mudança social que têm nas mãos. Se isto vale para outras atividades profissionais no caso da medicina, de acordo com sua própria história e evolução, seria impensável ela se esquivar deste compromisso.

Baseados nos relatórios do Projeto CINAEM somos levados a crer que seus idealizadores e participantes ativos, uns mais, outros menos, pretendem modificar o modo de atuação profissional através de novos currículos, mas se esquecem dos limites que esta própria forma de intervenção formal possui: extrínsecos e intrínsecos. Uma prova cabal deste fenômeno é o que ocorre com o próprio “PBL” que embora tenha como proposta pedagógica estreitar as relações entre ensino e prática médica utilizando os problemas reais e cotidiano dos pacientes, não consegue detalhá-los na sua procedência. Um dos fatores que parece ter contribuído para esta situação atual onde se discute o real sem alcançar seus complexos e intrincados determinantes históricos, talvez tenha sido o ofuscamento do materialismo histórico e uma espécie de fenda criada no pensamento *marxiano* que progressivamente se alargou durante o século XX com a expansão das idéias dos novos liberais e a retração do socialismo real.

Desrespeitada esta relação radical, as idéias e os ideais como “igualdade, fraternidade e liberdade”, legítimos princípios burgueses tornaram-se elementos do discurso ignorando a base material social. E no discurso, todos os seres humanos desprivilegiados podem ser defendidos, podem ter direito e podem ter acesso aos

⁹² Manter a vida com saúde e a longevidade difere de sobreviver. A garantia de sobrevivência não é certa para a maior parte dos homens e é muito menor para os excluídos. O resultado desta situação crônica é a dificuldade em promover saúde.

benefícios burgueses, incluindo saúde. Do mesmo modo, pulverizou-se a responsabilidade do desdobramento da economia capitalista e seus efeitos na educação e assistência médica, e as falhas passaram a ser resultado-culpa da medicina *flexneriana* excessivamente biológica, das relações de poder do médico sobre o paciente, do uso excessivo da ciência e da tecnologia, etc. Mas, não houve preocupação, neste mesmo período, em desenhar a estratégia respeitando a base material alcançada, para estender concretamente os benefícios possíveis aos homens. Daí surgem afirmações como “paciente cidadão, informado”, ou “capacidade de decisão livre”.

Algumas confusões conceituais, de termos e definições que imperam neste período da modernidade são preocupantes. Frequentemente notamos esta discrepância entre proposições, seu significado prático e seu poder de transformação, ou quando as raízes e origens de termos e seus significados clássicos passaram a ser ignorados e as palavras ficaram sem uma vinculação radical com a realidade perdendo-se o nexos concreto, macro e micro, de vários termos. A falta de fundamentação conceitual, mas que retoricamente é plenamente conceituada, tem permitido modificações teóricas com desdobramento para ações práticas.

Novamente isto vale para a “aprendizagem baseada em problemas, na realidade”. Não parece existir registros de que a medicina não partisse de algo concreto, real, e necessariamente um problema a afligir o homem e a ser resolvido. Tudo indica que ao longo do desenvolvimento material-histórico da humanidade, a interpretação do real, do concreto, tenha apresentado limites que sucessivamente foram sendo superados e substituídos por outros.

É possível que alguém tenha morrido de pneumonia nas “mãos” de Hipócrates e seus discípulos, como morrem hoje alguns pacientes nas mãos de médicos modernos. Mas, de lá para cá, o desvendamento dos mecanismos através dos quais a pneumonia provoca a morte foram modificados e devem continuar sendo modificados para que cada vez mais um menor número de pessoas morra de pneumonia.

Portanto, o que deve sofrer modificações são os novos projetos que tentam solucionar os problemas reais, e as propostas curriculares correspondentes devem organizar o conhecimento de acordo com a própria realidade. Não basta mais manter um discurso comovente e agradável aos ouvidos de uma medicina humanizada, de uma

atenção às necessidades biopsicossociais, se a realidade denuncia claramente a sua insuficiência e suas limitações.

De acordo com cada período específico do desenvolvimento material humano existiram modelos de exercício da medicina que foram ideologicamente, tanto sustentados de acordo com os interesses da classe dominante, quanto negados por ameaçarem as relações de dominação. Sem romper com essa dualidade os atuais estudiosos da educação médica propõem um novo aprendizado baseado em problemas similares, julgando sua tática distinta daquela que vem servindo de base para o aprendizado da medicina. Mas, de acordo com nossas análises, em ambas as situações educacionais - tradicional (ciências naturais, *flexneriana*), ou inovadora (humanista, biopsicossocial, “PBL”)-, os fatores determinantes dos mesmos problemas continuam quase intactos, intocáveis. “Separados” pelo desenrolar do século XX, o “modelo *flexneriano*” (tradicional) e o modelo “ético humanista/biopsicossocial” (inovador), atualmente se permeiam e ainda não parecem passíveis de separação.

Historicamente o médico é um dos responsáveis formais pela melhoria no modo como vivem os homens e, portanto, é também responsável pela diminuição no número de mortes, no sofrimento humano causado pela doença. Como não pode “cruzar os braços” num período de franco crescimento do adoecimento e morte humanos^{93 94}

⁹³ MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Nova cultural, 1985, citado por RIZZOTTO (2000) p. 97. Cerca de 50% dos habitantes dos países pobres consomem hoje diariamente uma porção de comida, equivalente ao de um campo de concentração nazista de 1940. Cerca de um bilhão de pessoas passam fome em todo mundo

⁹⁴ RIZZOTTO (2000, p.96-7) cita dados do PNUD (1993, p.3).“(…)A história tem mostrado que de nada adiantou ter as condições favoráveis para que se colocasse em prática os ‘receituários humanitaristas’, especialmente com o fim da guerra fria e a queda do muro de Berlim. Os índices de desigualdade e pobreza continuaram aumentando significativamente em todo mundo, constringendo até mesmo os que dela nada sentem. Segundo Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD de 1993, ‘a desigualdade tem vindo a crescer em muitos países desde o início dos anos 80’. A desigualdade entre países também aumentou. O hiato de rendimento entre o quinto da população mundial que vive nos países mais ricos e o quinto que vive nos mais pobres era de 74 para 1 em 1997, acima de 60 para 1 em 1990 e de 30 para 1 em 1960(…)”.Outros dados apresentados pela mesma autora e que nos fazem pensar numa parte dos doentes que estão sendo atendidos pelos “novos médicos” na rede de assistência primária do país e através de programas como de saúde da família (PSF), são os seguintes: 1,3 bilhões de pessoas vivem com menos de 1 dólar/dia; 40 milhões de pessoas morrem de fome anualmente; uma em cada quatro crianças sofre ou já sofreu de desnutrição (Jornal Folha S. Paulo, 27 jun/2000,A-14); das 4,4 bilhões de pessoas vivem em países em desenvolvimento, 60% não têm acesso a condições básicas de saneamento, um terço não sabe o que é água limpa; 25% não tem moradia adequada e 20% estão sem acesso a serviços médicos (Jorn. Folha S. Paulo, 16 set/1999,p. 2-1).

principalmente na segunda metade do século XX e ainda considerando que existem melhores condições concretas para que isto seja evitado neste início do século XXI, os movimentos pela mudança no modelo de educação médica a partir da década de 70 do século XX parecem ter se decidido afobadamente e de acordo com uma espécie de onipotência coletiva, lutar com ferramentas estritamente médicas, contra essa realidade chamada pelos estudiosos de “necessidades sociais”, ou preparar um médico para esta situação social, porém sem nenhuma reflexão do que representa a medicina e o médico no período neoliberal⁹⁵. Mas, isto não acontece isoladamente com a educação e assistência médicas.

“(...) Apesar do discurso humanitarista e algumas concessões no campo prático, os líderes mundiais e as instituições internacionais permaneceram e permanecem convictos das vantagens da atual forma de organização e produção da vida espiritual e material dos homens. Portanto, continuam desempenhando, sem muitos constrangimentos, os seus papéis na criação de condições apropriadas ao desenvolvimento e manutenção desta forma de organização do mundo(...)” (RIZZOTTO, 2000, p. 97)

Então, ainda neste mesmo período do século XX, de forma desorganizada e às pressas, sob a orientação das agências de proteção do capital mundial, são traçadas as linhas básicas para o “funcionamento” da medicina no século XXI. De acordo com uma das várias diretrizes curriculares, a medicina e o médico são então inseridos neste contexto, diante de uma realidade na qual eles não podem intervir isoladamente, mesmo indo à periferia das grandes cidades e metrópoles ou para o interior brasileiro.

Em ambas situações o emprego nos moldes atuais do modelo “médico de família”, é equivocado e anacrônico, mas, ideologicamente, tem servido dupla e ambigualmente às políticas neoliberais: de forma compensatória ou permitindo o crescimento dos negócios privados na área da saúde, educação, etc. Esta situação se agrava mais com a saturação do mercado de trabalho que libera profissionais nem sempre bem preparados para estas frentes. Somado a isto, e hoje muito em moda, há uma exaltação do humanismo, um resgate do “mal trabalhado” caráter onipotente da profissão médica, com o qual o médico pode não estar sabendo lidar e lhe faz comportar-se como um monge ou, um beato solidário que quando não é capaz de

⁹⁵ BRUNHOFF, S. *A hora do mercado: crítica do liberalismo*. São Paulo: Ed Unesp, 1991.

racionalizar os problemas de saúde nas periferias das metrópoles “terceiro mundializadas”, ou no pobre interior do Brasil, passa a dividir a pobreza, a miséria, as “balas perdidas” e outras iniquidades com esta população sub-humana, herança de um capitalismo incipiente descrito por Engels na Inglaterra do século XIX.

Comportando-se assim ele age como um curandeiro de almas que não pode resolver os problemas do corpo, efetiva e amplamente, em longo prazo, e naquela figura vestida de branco, através de uma espécie de apaziguamento sacerdotal moderno, frustra e adia perspectivas de transformações sociais profundas, mais uma vez⁹⁶.

O médico, ao permitir esta situação, servirá basicamente para dividir o peso da desgraça, remediando e “medicalizando”, aqui e ali, males resultantes de um processo de construção social histórico desigual e com este alívio que pode durar uma geração, acalmar uma população que vem sendo mutilada, inclusive intelectualmente pela intensa privação material. Mas, ideologicamente, funcionará muito bem para aquilo que interessa ao neoliberalismo que é a redução de gastos do governo sem que este se isente das suas responsabilidades de “Estado burguês”, ainda que como Estado mínimo.

A assistência primária tem seu papel no conjunto das medidas de assistência médica moderna e principalmente na promoção da saúde muita bem fundamentada. Mas não é um instrumento de intervenção nas condições de saúde e doença da sociedade a ser adotado isoladamente. É por isso que, no caso do Brasil ou do Terceiro Mundo onde as mudanças econômicas não atingiram o mínimo necessário para que a saúde alcance os homens também por vias que não sejam só as médicas, nós acreditamos que o médico antes de ir para sua unidade de saúde deve ser tecnicamente melhor preparado do ponto de vista político e econômico. Talvez seja decisivo contaminar sua prática cotidiana com reflexões históricas, com pesquisas modestas que busquem a melhoria da própria assistência à saúde e, neste lento e longo processo, que o médico reconheça suas limitações de ação na promoção da saúde e não mantenha-se

⁹⁶ A história recente latino-americana, em particular cubana e principalmente a chilena, mostra que segmentos da medicina com o apoio dos representantes do capitalismo americano contribuíram para abalar os planos ambiciosos de mudança na estrutura econômica destes países.

acorrentado aos modelos de ação médicos ainda que renovados como propõe o Projeto CINAEM.

Talvez um início para reverter esta situação seja a necessidade de formação-desenvolvimento intelectual a partir de conhecimentos desta evolução histórica da saúde na perspectiva do materialismo histórico e da dialética *marxiana*. Com a conscientização, o esclarecimento e a “des-alienação” – e isto hoje pode ser facilitado, não através de especulações, mas a partir de dados de pesquisas epidemiológicas mundiais aliadas à uma interpretação de base materialista histórica – o médico pode, dialeticamente, participar do processo longo de acirramento das contradições capitalistas e redirecionar os rumos do ensino e prática médicos, continuamente baseando-se no real. Sem o estímulo a um padrão de pesquisa médica que seja multidisciplinar e inclua elementos históricos, econômicos, sociológicos não parece que haverá avanço no plano educativo dos médicos e conseqüentemente na geração de saúde social.

Admitir uma “Concepção de currículos flexíveis” (PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.117), para nós implica em poder modificar o conjunto de conhecimentos organizados formalmente, porém não de forma aleatória, mas de acordo com uma fundamentação filosófica que ordene os conhecimentos de acordo com um objetivo definido. Sem interferir no interesse particular de cada aluno, na motivação do seu aprendizado, da sua pesquisa, cuidaríamos para que mesmo na individualidade-particularidade houvesse uma vinculação clara com as mudanças globais e conjuntas, isto é, as transformações da realidade buscando promoção de saúde.

Hoje são fundamentais a reflexão e a discussão sobre a informação produzida. Se isto não ocorre precocemente se perde a oportunidade de desenvolver no aluno a percepção da tensão política e econômica que cerca a ciência, particularmente aquela relacionada à medicina. Diante de uma idéia, ou uma pesquisa é importante haver a reflexão histórica, o debate multidisciplinar e a discussão democrática, pois estes são elementos decisivos para a formação profissional-intelectual. Portanto, estimular a pesquisa em larga escala e não aboli-la é o que interessa. Manter de forma saudável o processo de pesquisa e a vigilância política sobre o mesmo, ampliando aquilo que já

fazem os “comitês de ética” que apesar de prestarem um grande serviço à pesquisa e à humanidade não podem se manter nesta posição por tempo prolongado: as pesquisas crescem e com elas a burocracia, e há aquelas que são feitas sem nenhum conhecimento formal. Apesar dos códigos de ética e da regulamentação das pesquisas com seres humanos ainda não existem análises detalhadas sobre os determinantes complexos das pesquisas.

No setor da saúde, em particular no campo da medicina, o trabalho interdisciplinar⁹⁷ deve ser abalizado e impelido pela máxima “promoção da saúde”. É a partir deste objetivo fundamental que se definem os interesses econômicos, sociais e políticos, historicamente comuns e a partir do qual a transformação social pode ocorrer implicando a área da saúde.

Nesta perspectiva é que poderemos atrelar as atividades do engenheiro, do sanitarista, dos médicos, dos professores, dos filósofos, etc.

Neste sentido a contribuição do materialismo histórico e da dialética *marxiana* pode alinhar os currículos talvez de modo mais lógico e sem a necessidade de tantos recursos financeiros como ocorre com alguns modelos curriculares que têm o apoio de fundações.

Entretanto, será necessário o uso de recursos humanos com formação teórica capaz de orientar a formação discente-docente sem se abalar com os freqüentes modismos no campo da educação médica. Isto dispensaria a criação de uma burocracia específica sobre “orientação curricular para a comunidade/prática/realidade” (PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.117), que já estaria implícita nesta perspectiva educacional para formação de recursos humanos.

Como temos visto, ninguém pode negar a histórica e dialética relação entre medicina e os homens vivendo em comunidade, a partir da qual os médicos inevitavelmente buscaram elementos para promover a saúde com possibilidades de sucesso determinadas a partir do grau de desenvolvimento material da sociedade. Nós temos procurado ressaltar como é imprescindível ampliar e definir “comunidade”, “realidade”, etc., para que os instrumentos, ou a “metodologia” a partir dos quais

⁹⁷ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.117: “Trabalho interdisciplinar na construção do currículo”.

poderiam ser formados profissionais para assistir os pacientes sejam realmente eficazes.

Mas, essa discussão demonstra, novamente, como é imprescindível a intervenção epistemológica na perspectiva das ciências da educação nas propostas do Projeto CINAEM de modificação curricular. Existem fatores que interferem na execução das propostas que não estão sendo considerados plenamente pelo Projeto CINAEM como, por exemplo, a realidade das universidades no andamento das políticas neoliberais onde, por várias vezes, impera a falta de democracia e de interesse e incentivo à pesquisa e à formação de núcleos de educação médica, havendo basicamente uma preocupação com “grades curriculares econômicas” orientadas pelas diretrizes curriculares.

A partir de estudos epistemológicos pudemos estabelecer diferenças entre “técnica” e “metodologia” educacional, além das opções disponíveis para elaboração da pesquisa em educação⁹⁸. Nestas, a partir da década de 80 é que surgiu o imperativo de se esclarecer as possíveis opções técnicas, metodológicas, teóricas e epistemológicas, seus limites, suas implicações e os pressupostos filosóficos (GAMBOA & SANTOS, 1995). Este movimento intelectual torna-se mais evidente em função da discussão sobre os benefícios e malefícios da “qualidade X quantidade” nas investigações da própria área. Não é nossa intenção aprofundar esta discussão neste momento, entretanto algumas mudanças curriculares com implicações no juízo que se faz das pesquisas em educação e assistência médicas devem ser pontuadas.

A aprendizagem baseada em problemas (PBL) e a “problematização” usadas, respectivamente, no ensino de medicina e enfermagem (PICCINI et al., *Projeto CINAEM 2000*, p.118), com o intuito de fortalecer a relação do aprendiz com os fatos reais que lhe servem de guia para formação profissional, além do desinteresse pela pesquisa, são algumas sinalizações de que no campo do ensino e da prática médica pressupostos filosóficos e tendências epistemológicas se confundem com técnicas e métodos de ensino e pesquisa. Com isto fica difícil determinar o que é imprescindível para formar um profissional que responda às solicitações sociais para promoção de saúde, daquilo que pode ser útil no processo pedagógico. Neste último caso podemos

⁹⁸ GAMBOA & SANTOS. *Pesquisa educacional: quantidade-qualidade*. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

afirmar que as sugestões são abundantes. Tudo isto, de forma mais ou menos imbricada, influencia diretamente a prática.

Se nos remetermos à GAMBOA & SANTOS (1995, p 88),

“(...) a técnica é a expressão prático-instrumental do método, sendo este, por sua vez, uma teoria científica em ação. As teorias são maneiras diversas de ordenar o real, de articular os diversos aspectos de um processo global e de explicitar uma visão de conjunto. As alternativas [de técnicas para pesquisa] devem ser colocadas no nível das grandes tendências epistemológicas que fundamentam não somente as técnicas, os métodos e as teorias, mas também a articulação desses níveis entre si e desses níveis com seus pressupostos filosóficos(...)”.

Quando GAMBOA & SANTOS (1995) sugerem que seja adotado um enfoque epistemológico para que possa ser superada na pesquisa educacional a polarização da discussão a respeito do dualismo “qualidade X quantidade”, nós nos remetemos ao que vem ocorrendo com a educação médica nos últimos 20 anos com o intuito de modificar a formação médica. Modelos e propostas pedagógicas polarizam os debates sobre educação médica nos congressos, cursos, artigos de revista, etc., enquanto o próprio processo educativo deveria ser tratado num terreno teórico bem mais amplo.

“(...) Quando recuperamos o todo maior (enfoque epistemológico), remetemos a opção e a discussão sobre as alternativas da pesquisa não à escolha de algumas técnicas ou métodos, mas aos enfoques epistemológicos que, como um todo maior, articulam outros elementos constitutivos por meio da construção de uma lógica interna (a própria lógica da pesquisa) necessárias para preservar o rigor e o significado do processo científico(...)” (GAMBOA & SANTOS 1995, p 89).

Procuramos demonstrar que os pesquisadores envolvidos com a educação médica devem remeter seus questionamentos e proposições à uma discussão aprofundada sobre concepções de método, enfoques epistemológicos e fundamentos filosóficos, a fim de respaldar e dar coerência aos seus estudos antes de implantá-los. Não basta a criação de metodologias de ensino-aprendizagem para mudar a formação médica e sua atuação profissional. Também não parece possível definir com tanta exatidão os principais empecilhos para a “não transformação na educação médica”:

“(...) cinco caminhos para não abrir espaços de transformação na educação médica seriam deixar que a proposta de mudança curricular tenha proprietários ou corra em paralelo às estruturas de poder da faculdade, curso ou centro; tratar de maneira simplista e superficial problemas complexos; construir a proposta de mudança dentro

dos limites institucionais; continuar tratando o processo de formação de maneira fragmentada; acentuar as contradições e a dicotomia entre as especialidades no processo de formação e na prática profissional, especialmente entre a clínica e a saúde coletiva(...)”⁹⁹.

É preciso algo mais, afinal, como compreender as complexas transformações ocorridas na medicina nos últimos 40 anos, entre as quais está o próprio Projeto CINAEM 2000 que representa uma tendência educacional médica procurando atender os anseios por saúde de um segmento da sociedade mundial globalizada?

1.3.1) Docência Profissionalizada

Outro tópico relevante que está centralmente imbricado ao currículo, à educação e à assistência médica é a atividade docente. Já na ocasião do Congresso ABEM /Uberaba-1998, admitia-se o papel essencial do docente no projeto e processo de reformulação do ensino médico. Tratava-se de consenso o fato de que:

“(...) Além do processo prescrito por conselhos e colegiados das escolas médicas, há um processo de formação real, liderado por docentes que, através do fazer cotidiano da medicina e da docência, nos diversos espaços d ensino da escola, modelam o médico que a instituição oferece à sociedade. Portanto, uma política efetiva das escolas médicas para a profissionalização da docência é altamente estratégica para as mudanças na formação do médico(...)”(PICCINI et al., *P. CINAEM*, 2000, p. 50).

E, diante do novo contexto da saúde da população brasileira e das constantes renovações tecno-científicas, a profissionalização da docência médica brasileira adquiria maior importância e urgência. Entretanto, mais uma vez notamos que as recomendações do Projeto CINAEM ganharam “vida”, autonomia de modo desarticulado do jogo de forças sociais determinado pelas mudanças econômicas e políticas no desenvolvimento capitalista recente. Todo o processo de reformulação da atividade do professor não pode ser feito ignorando-se que cada escola, diante da permissividade do Estado (mínimo!) e das novas diretrizes curriculares, aproveitou a

⁹⁹ FEUERWERKER, LCM. *Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. Rev. Brasil. Educ. Médica*, 23(2/3):21-26,1999, citada por KOMATSU (PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.118).

flexibilidade destas últimas para ajustar sua estrutura administrativa-organizacional a partir de critérios “próprios” e levando-se em conta, principalmente, a relação custo X benefício. Assim, a possibilidade de uma coordenação harmônica entre as escolas médicas brasileiras (privadas e públicas) preocupadas com os rumos da educação médica no contexto do neoliberalismo vai tornando-se difícil, afinal, as universidades públicas e privadas possuem características muito distintas, principalmente as bases históricas de sua origem. Nós poderíamos citar apenas uma atividade que consideramos imperativa na formação de um médico e que é desenvolvida de forma diversa em ambos grupos de escolas médicas: a pesquisa.

Fica difícil acreditar que serão atendidas as propostas para reforma docente pretendidas pelo P. CINAEM, que são: “qualificação da docência e vínculo institucional”.(BOCK, 2001)

Um dos problemas graves que permeiam a elaboração de propostas para a educação médica é a falta de uma noção detalhada dos mecanismos através dos quais o ideário neoliberal promove a reorganização da superestrutura protegendo os interesses capitalistas nos campos da educação e da assistência ligados à medicina. Como resultado dessa desinformação, propõe-se a “qualificação da docência” sem considerar que, atualmente, dado o progresso técnico-científico não só da medicina é necessária uma qualificação que inclua a pesquisa, principalmente aquela que tenha representatividade e relevância no contexto nacional atual. Para ocupar uma posição de vanguarda na promoção da saúde e na transformação das condições materiais sociais brasileiras é impensável que a medicina desenvolva suas atividades cotidianas sem o auxílio das pesquisas.

O Projeto CINAEM pretende concentrar num indivíduo as melhores aptidões clínicas, de um educador, de um pesquisador, atualizado e crítico, capaz de auto-analisar sua postura e de selecionar conhecimentos que sejam bastante interdisciplinares. Porém esta proposta não considera o cenário contemporâneo onde os quadros docentes-discentes desconhecem o exato rumo das atividades universitárias, habitualmente definido e decidido de acordo com os princípios neoliberais por burocratas que nem sempre são médicos, ou educadores-pesquisadores.

Um panorama onde as próprias escolas médicas realizam o “provão” para obterem uma nota “qualificatória” e classificatória, ou seja, para estar bem cotadas no “ranking” nacional das melhores universidades. E, de acordo com esta pontuação o conhecimento é oferecido por “preços” mensais os mais variados possíveis.

Ora, um projeto de educação médica que almeja a aceitação nacional e tenciona promover saúde amplamente, principalmente para os excluídos, não pode ignorar o palco, historicamente determinado, onde se darão o ensino e prática dos médicos. Este desconhecimento é um sinal evidente da alienação profissional-institucional. Na nossa interpretação, e para nossa proposta menos pretensiosa, falta eleger um elemento aglutinador para uma ação coesa do setor da saúde, mas que também incorpore outros segmentos da sociedade também mobilizados e dispostos a transformar a realidade nacional. Os pressupostos teóricos, filosóficos que apresentamos podem permitir a cada indivíduo na sua área de atuação criar uma interface com outros segmentos da produção. Nesta ação imbricada o objetivo principal seria, progressivamente, alcançar uma qualidade de vida melhor e estendê-la a grandes segmentos da sociedade.

A coordenação das ações em torno deste elemento “aglutinador” se beneficiaria de uma estrutura física para discussões, cursos, formação de recursos humanos, atividades de pesquisa, etc. ANGELL (1993) e HUROWITZ (1993) defendem que para a medicina mudar sua abordagem da doença e fugir da “medicalização” uma alternativa seria a criação de um “instituto nacional de saúde social” que se ocuparia das abordagens médicas menosprezadas pela maioria dos profissionais o que os leva a “medicalizar” situações que têm relação com o modo de vida dos homens em sociedade, isto é, com as condições materiais em que os mesmos vivem. Desta forma “urge o tempo em que revertamos esta tendência de “medicalizar”, e devemos estar prontos para considerar as doenças tidas como exclusivamente médicas como resultado –direto ou indireto – de fatores sociais. Certamente há pouca dúvida de que as pesquisas sobre a relação entre saúde e *status* sócio-econômico – dada a garantia desta relação – renderiam informações sobre a fisiopatologia da doença.

Isto rompe com a idéia de promoção de saúde vinculada ao setor de saúde e cria condições para outros atores sociais participarem da elaboração de propostas que certamente serão muito melhor aceitas pela sociedade. No contexto atual esta tarefa

torna-se inviável sem a participação do professor que pode arrebanhar corpo discente e outros segmentos da universidade.

A atuação conjunta e complementar de profissionais de distintas áreas do conhecimento contempla a falta de domínio amplo de toda informação produzida inseparável da especialização e atende a interdisciplinaridade concretamente. Com isto pode-se eleger pontos de intersecção essencialmente a partir do desvendamento da construção social-histórica das condições materiais modernas e estabelecer projetos comuns para que não prevaleçam as condições atuais determinadas pela expansão do neoliberalismo: para muitos grupos a “única” opção, ou um modelo definitivo. Trata-se de oferecer um “contra-modelo”, ou "contra-projeto" ao capitalismo globalizado, que se fortaleça a partir do reconhecimento das condições materiais alcançadas. A proposta de profissionalização docente talvez desse maior compreensão e facilitasse a atuação médica no novo contexto da saúde brasileira. Entretanto, até o momento não vimos uma preocupação com medidas de saúde e educacionais que se embasam no neoliberalismo e nem com suas respectivas influências política e econômica nos serviços de educação e saúde.

Nesta conjuntura a docência passa a ser um problema fundamental se não houver formação intelectual-filosófica e desvendamento da construção social histórica, mesmo que na perspectiva de profissionais diversos, possibilitando a ruptura com os modelos tradicionais. A conscientização de grupos privilegiados para que reconheçam cientificamente, no campo da medicina, uma opção antineoliberal, porém sem dispensar o avanço tecnológico capitalista atingido até o momento é essencial.

É preferencialmente a partir do professor, que podemos dar curso às mudanças indispensáveis na educação médica, talvez antes, ou mesmo durante, a própria elaboração dos “novos currículos”. O que temos visto atualmente é exatamente o contrário, isto é, foram feitas propostas e realizadas modificações no currículo médico sem a necessária preparação de recursos humanos para que estas alterações pudessem ser concretizadas.

Como resultado há um descompasso entre o que se propõe e sua execução. No caso das universidades brasileiras, há um grande conjunto de professores para os quais o título de professor representa apenas mais uma “condecoração” para um profissional

bem sucedido. Numa amostragem de 1997¹⁰⁰, dos 4193 professores de medicina, a grande maioria foi formada dentro da própria área de atuação. Senso estrito, 31% tem mestrado e 20% tem doutorado, e apenas 7% são especialistas em educação. Por volta de 20% destes profissionais atuam em regime de dedicação exclusiva, com 20-39 h/sem. A baixa remuneração faz com que a docência seja vista com desinteresse e considerada como fonte de renda complementar ao exercício profissional propriamente dito. Aliado a isto se acrescente que não há incentivo à capacitação profissional e à carreira docente, tudo contribuindo para uma baixa qualificação técnica e principalmente pedagógica, falta de motivação e desinteresse no aperfeiçoamento do ensino.

A constatação de que com este perfil os docentes tendem a apenas reproduzir e manter o modelo de ensino que receberam na graduação é um fato. Isto vale tanto a concepção mais tradicional que privilegia a abordagem biológica do processo saúde-doença, quanto aquela mais recente que favorece o enfoque biopsicosocial. Novamente um modelo opondo-se ao outro. Porém, não existem subsídios que nos permitam inferir que o “modelo *flexneriano*” seja um dos principais elementos responsáveis pelo estado atual da docência simplesmente por permitir que se perpetue esta forma de ver o processo saúde-doença.

Nas discussões sobre educação médica são apontados problemas relacionados, por exemplo, a diferença entre uma formação técnico-pedagógica e o envolvimento mais profundo com o ensino. Entretanto, o que se pontua são as mudanças curriculares, o significado da atualização das informações para uma atuação prática afinada com as necessidades dos pacientes, ou sociais, mas fica de lado o principal elo, ou o membro de triagem constante do conhecimento científico produzido em grande escala que deve ser previamente avaliado antes de ser transferido aos seus receptores.

A função docente ainda não parece ter encontrado seu exato papel no incentivo à busca de conhecimento pelo próprio aluno e na educação continuada que são elementos educacionais contemporâneos introduzidos para fazer oposição principalmente ao modelo de ensino passivo baseado em aulas expositivas de um professor conceituado. A tarefa posta hoje à docência está atrelada ao papel de

¹⁰⁰ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000 (2ª fase – Relatório Geral-1997).

condutor do processo educacional o que implica que o professor se sobressaia no ensino não só na área de domínio específico, mas também na interface desta com outras áreas do conhecimento. Igualmente, estão envolvidos no processo pedagógico outros instrumentos recentes como as técnicas de computação e as análises estatísticas que facilitam o acesso às informações. Esta tarefa parece bastante árdua, complexa e estratégica para ser polarizada num indivíduo. É oportuno lembrar que um resultado talvez melhor possa ser alcançado através da ação multidisciplinar motivada por um elemento “aglutinador”, como apresentamos. Além disso, sabe-se que os mecanismos facilitadores para modificar o perfil dos docentes não tem tido apoio através dos “Núcleos de educação Médica” nas escolas médicas sugeridos pelo próprio Projeto CINAEM, os quais seriam os responsáveis pela formação e desenvolvimento da docência organizando debates, reflexões, pesquisas e produção científica, etc., como previsto na proposta original da Universidade de Mc Master (1969). Isto fica mais evidente nas escolas privadas onde a preocupação com a disputa pelo mercado de alunos coloca ainda mais em risco o plano de produzir um modelo de ensino de qualidade onde o professor não seja mero coadjuvante.

Definido, declaradamente, o modelo de ensino baseado na integração ensino-serviço, ou docência-assistência, e tendo sido constituído o compromisso da escola médica com a comunidade, o papel docente e os deveres discentes e, portanto, o novo modelo de formação profissional para esta “nova” situação foi estabelecido. Mas, apesar da ótima e inovadora proposta do Projeto CINAEM de uma “docência profissionalizada” notamos que permanece uma lacuna entre a situação real e atual da educação e assistência médicas e sua execução nos moldes sugeridos.

De modo geral, no cenário atual das universidades privadas que se reorganizam institucionalmente e reduzem os recursos humanos, o processo de qualificação da docência, principalmente aquele atrelado à pesquisa, mostra-se oneroso, portanto inviável. Já nas universidades públicas as atividades de aprimoramento do corpo docente não têm a mesma preferência, ou recebem os mesmos investimentos, de empresas que “patrocinam” as pesquisas, ou de agências de incentivo. Prevalece o interesse por projetos com interesses alheios aos da docência e à integração docente-assistencial. Ainda não há possibilidade concreta de fortalecimento da docência, como

propõe o próprio Projeto CINAEM (PICCINI et al. 2000, p.135), mesmo com as “estratégias de ação – direcionadas às práticas de formação e desenvolvimento docente”, que são anacrônicas e utópicas.

Mais uma vez o planejamento teórico de mudança na educação médica para alterar a assistência, por melhor que seja, corre o risco de fracassar antes ou durante sua execução, essencialmente por que não foram considerados os múltiplos e emaranhados mecanismos que vinculam intimamente a medicina (ensino e prática) ao desenvolvimento capitalista neoliberal. Os principais envolvidos nas reformulações teóricas partem de pressupostos teóricos, filosóficos (ou não!) que não são suficientes para analisar criticamente as possibilidades e viabilidades das propostas pedagógicas recentes. Isto demonstra a relevância de pontuarmos e debatermos as conceituações históricas e filosóficas relacionadas à medicina e seus significados junto ao desenvolvimento material da sociedade com intuito de criarmos condições lógicas de esclarecimento e poder ter no futuro mais sucesso com implantação de novas medidas.

1.3.2) Avaliação¹⁰¹

A avaliação tem sido usada para identificar o que é apropriado e o que é prejudicial na condução da educação médica com intuito de subsidiar o aprimoramento e a renovação do conhecimento indispensável a formação profissional. Entretanto, apesar dos pressupostos teóricos, filosóficos vigentes, é inevitável tratar este assunto, ainda hoje, sem se reportar àquela avaliação que tem como código o currículo moldado para o ensino terciário¹⁰², isto é, baseado no “modelo *flexneriano*”.

O “processo de avaliação” em geral – discente, docente, da escola, dos cursos, etc. – é tido pelo Projeto CINAEM como parte da formação profissional, ou como uma etapa, sem ter o caráter de enquadramento, punitivo, normativo, como proposto originalmente pela Universidade Mc Master/1969. Nesta perspectiva, o que se espera dos processos avaliativos é que considerem principalmente quem está sendo avaliado, suas particularidades, etc. Assim, na impossibilidade de prescrever algo uniforme, pois

¹⁰¹ Ibidem, p.65.

¹⁰² ibidem, p.79

a avaliação pede exatamente que se considere as partes e não só o todo, a proposta do Projeto CINAEM é de que não seja proposto/prescrito um currículo comum.

*“(...) diretrizes e parâmetros podem nortear o processo, mas o guia de cada escola no desenvolvimento curricular permanente deverá ser a própria escola. O currículo que importa, é o que acontece de fato na vida das pessoas. Docentes e discentes. Pois “o nosso trabalho (na educação) é realizado com gente miúda, jovem ou adulta, mas gente em permanente processo de busca; gente formando-se, mudando, crescendo, reorientando-se, melhorando...(Freire, 1998); o currículo é feito pela gente; transformá-lo significa transformarmo-nos(...)”.*¹⁰³

Sem referenciais teóricos, filosóficos, sem definição das tendências epistemológicas, não parece adequado tamanha autonomia e liberdade na organização curricular e nos processos de avaliação. É indispensável a presença de parâmetros centralizadores no projeto educacional nacional para que sejam alinhavados todo processo de formação profissional. De alguma forma alguns elementos poderiam ser estendidos até o ensino fundamental permitindo que o processo educacional seja contínuo dado sua importância no processo de transformação social. Neste caso, fatores relacionados à promoção da saúde e à própria medicina, temas imbricando saúde-meio ambiente-economia-política, etc., podem fortalecer e sustentar a aspiração social por mudança. Não acreditamos em “currículos particulares”, até porque a formação educacional que suscita o contexto latino-americano e, em particular o brasileiro, é aquela a partir de um currículo formal que permita a criação de canais de comunicação fáceis, claros e rápidos, sem vieses interpretativos, conceituais, para indivíduos distintos, de regiões específicas, com projetos de vida particulares. Talvez a tarefa mais difícil seja a de estabelecer os pontos educacionais em comum para todas as escolas médicas, daí o elemento “aglutinador” que defendemos, baseado numa “multi-interdisciplinaridade”, no mínimo afinado com os interesses reais da nossa sociedade. As particularidades naturalmente surgirão, porém a noção total não pode ser esquecida.

Nossa proposta de fundamentação filosófica da educação médica pretende criar um modo de unir a força intelectual em torno de um projeto viável e exequível de

¹⁰³ KOMATSU, RS. *Desenvolvimento curricular: transformando docentes e discentes em busca de um novo processo de formação* IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p126, cita FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 9ª ed. Paz e Terra. São Paulo, 1998.

transformação da realidade nacional, porém a partir do campo de atuação da medicina. O enfoque materialista histórico e da dialética *marxiana* funcionaria como “moeda de troca” por vários segmentos sociais.

Excepcionalmente a empreitada para avaliar os currículos atuais, os alunos, professores, etc., é antecipada por aquela tarefa de considerar a correlação entre a educação e assistência médicas e as transformações materiais da sociedade moderna, principalmente aquelas ligadas ao desenvolvimento capitalista a partir da segunda metade do século XIX e todo o século XX. De acordo com nossas conjecturas é imprescindível vincular as transformações curriculares do ensino superior às transformações sociais e isto repercute no modo como se avalia determinado objeto.

Qual a legitimidade dos critérios eleitos para conduzir o processo de avaliação, os quais nos permitirão julgar vários dados relacionados ao processo educativo dos médicos? Será computada, nessas avaliações, a “impotência” da medicina frente a mortandade determinada pelas más condições materiais inerentes ao modo de produção capitalista, desde o princípio da industrialização inglesa?

Os argumentos que sustentam a reformulação da educação médica são fundamentalmente os mesmos que dão crédito aos critérios de avaliação, porém, isto tem sido feito à margem da conscientização dos fenômenos determinantes, exaustivamente aqui apresentados.

A avaliação (métodos, estatísticas, médias, desvio padrão, etc.) é então proposta para detalhar aquilo que se mostra como o problema principal, porém sem atingir os próprios determinantes dos problemas e sua correlação histórica com o desenvolvimento social. Trata-se, portanto, de um método de avaliação parcial onde seus juízes não aspiram ampliar o conhecimento lógico a partir de múltiplas informações provenientes de campos distintos do conhecimento (história, estatística, política, economia, sociologia, etc.) para um juízo coerente com as possibilidades materiais históricas atuais. Hoje, instrumentos oriundos principalmente da psicologia dão suporte aos processos de avaliação, se opondo aos critérios tradicionais baseados principalmente nas ciências naturais. As divergências entre “qualidade X quantidade”, por exemplo, no processo educacional, na gestão empresarial, etc., também expressam o conflito.(GAMBOA & SANTOS, 1995)

A partir das avaliações surgem propostas “atuais”, porém seus idealizadores nem sempre se dão conta das raízes históricas dos inúmeros obstáculos envolvendo a promoção da saúde que aparentam ser intrínsecos ao ensino e a assistência médica, principalmente no Brasil. Na realidade tais problemas deveriam ser compreendidos e considerados tanto nas propostas de reformulação pedagógica quanto nas propostas de avaliação. Falta a ambos respaldo a partir de pressupostos teóricos filosóficos, além de uma compreensão histórica dinâmica do capitalismo mundial.

1.4) Gestão Transformadora¹⁰⁴

A gestão transformadora parece um mecanismo através do qual serão reorganizados quadros institucionais através de técnicas de gerenciamento para atenuar a desagregação das escolas médicas em torno do Projeto CINAEM que não goza de plena legitimidade e não tem demonstrado interesse em reformular o ensino médico mantendo uma convergência de interesses supra-institucionais. Enquanto o Projeto CINAEM planeja os passos para reforma curricular ele também possibilita, através do gerenciamento que vem sendo há muito traçado pelo Banco Mundial, que as escolas médicas modifiquem “seus produtos” para oferecê-los num mercado competitivo.

Um dos motivos básicos que poderíamos admitir para justificar a falta de consenso entre escolas médicas é a divergência de interesses econômicos-políticos¹⁰⁵. E neste momento histórico da educação superior brasileira, em particular a médica, as divergências são toleradas pelo governo brasileiro que ao invés de impor os interesses nacionais tanto na formação qualificada de recursos humanos em saúde quanto nas regras de funcionamento da assistência à saúde, distancia-se do papel de mediador onde teria a posição de defensor-gerenciador das necessidades públicas, e entrega ao mercado a regulação das atividades e da qualidade das escolas, através de mecanismos um tanto falhos, porém "relevantes" aos olhos da opinião pública quando estimula a “meritocracia” institucional.

¹⁰⁴ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 57.

¹⁰⁵ BOCK, 2001

Mas, esta mesma opinião pública ignora que a tão propalada "competência" pode ser forjada e que a possibilidade de competição em condições de igualdade nem sempre é o ponto de partida exigido dos competidores. Através da legislação - "*DIRETRIZES CURRICULARES*" - define-se um plano básico similar para o funcionamento das escolas. Caberia ao governo o controle-fiscalização da execução de metas a serem atingidas através de mecanismos como o "*provão*", provas de órgãos de defesa de uma categoria profissional, regulação de planos e convênios de saúde ou da parceria SUS-iniciativa privada, etc.

A possibilidade de oferecer um ensino de qualidade e uniforme acaba sendo determinada e se restringe ao custo do curso e do aluno, levando-se em consideração as relações comparativas entre os custos de: curso(s) e aluno(s), intra e inter - institucional. Inevitavelmente cria-se uma escala classificatória paralela entre escolas, onde passam a ser considerados preços de mensalidades, pontuação no "*provão*", ficando de lado a qualidade real do ensino, inclusive pela falta de incentivo à pesquisa que poderia, cientificamente, separar as escolas. Nesse custo, já afirmara o governo brasileiro através das "*diretrizes curriculares*", não será imprescindível a avaliação por produção científica, relacionada às pesquisas.

De fato, o que se pretende atendendo às orientações supranacionais dos gerenciadores do capital mundial é formar profissionais de nível superior "em massa", principalmente porque o Brasil, em relação a outros países latino-americanos, tem déficit de profissionais de nível superior. No final o cenário é mais ou menos este: escolas médicas, particularmente privadas, impõem metas internas para obter alunos que paguem bem e custem pouco, reestruturando as administrações e organizações universitárias na perspectiva de que a incompetência institucional se explica pelo mau gerenciamento - "*má gestão*" -, e oferecem cursos universitários a preços acessíveis para todas as camadas da população onde qualidade não é quesito relevante. E é claro, tudo isto está regulamentado como demonstra o "*ranking*" das escolas superiores, públicas e privadas. É claro que o problema recente no ensino superior é multifatorial. Entretanto, num contexto de economia neoliberal com um estado mínimo, fica mais fácil compreender por que o governo transfere à iniciativa privada a responsabilidade da formação de recursos humanos em saúde, precisamente médicos. A história mostra

que se trata de investimento financeiro elevado, prolongado e de retorno num longo prazo. Soma-se a isto o deslocamento geográfico destes profissionais para locais onde há predominância de um mercado de trabalho especializado, com grandes centros tecnológicos e de pesquisa, desfalcando ainda mais a retaguarda da assistência médica em regiões e localidades mais carentes. Esta matemática fica ainda mais evidente, assim como as despesas para a sociedade, se lembrarmos dos efeitos da migração de médicos na América Latina nas décadas de 50 e 60 do século XX, e mesmo na Inglaterra¹⁰⁶.

“(...) Os países subdesenvolvidos requerem cientistas, técnicos e médicos que devem ter um importante papel no seu processo de desenvolvimento. A emigração de profissionais constitui para os países subdesenvolvidos uma forma a mais de perda de riquezas; o saldo desfavorável que lhes deixa não tem compensação nenhuma; a nação perdedora perde o tempo e os recursos investidos na preparação do profissional e depois perde o próprio profissional, com sua alta qualificação técnica(...)”.

Os custos de preparação destes profissionais para os cofres das respectivas nações naquele período em que o “centro” da medicina (EUA) atraía profissionais de todo mundo era o seguinte: médico em Cuba – 50 mil dólares; Inglaterra – 21 mil dólares. Se multiplicarmos por 3000, que é o número de profissionais com formação universitária que deixou a América Latina no período de 1961-66 e não retornou, estima-se uma perda de 60 milhões de dólares naquela ocasião: “A taxa de emigração para os EUA em 1965 representa cerca de 8% da produção anual de médicos de todas as escolas de medicina da América Latina”.¹⁰⁷

Em resumo, o custo da emigração médica para os EUA no período mencionado equivalia a construção de 3 grandes escolas de medicina nos EUA (US\$ 60 milhões) e sua manutenção (US\$ 15 milhões/ano).

Isto deve subsidiar as reflexões dos governantes em geral, afinal não podemos negar que com as novas regras federais de gerenciamento econômico (lei de responsabilidade fiscal, plano de metas, impostos), principalmente do setor de assistência à saúde (municipalização) no período neoliberal, muitas regiões encontrar-

¹⁰⁶ CEBES. *Saúde e revolução: antologia de autores cubanos*. Achiamé: Rio de Janeiro, 1984, p. 166.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p.166.

se-ão em situação de imensa desvantagem em relação ao sul e sudeste no que se refere a disponibilidade de recursos humanos e técnicos para promoção da saúde. Isto sem considerar as condições materiais destas sociedades e a qualidade dos profissionais da saúde.

Não espanta a precisão de um programa como o de saúde da família para reduzir o impacto da escassez de profissionais em regiões pobres da União. Portanto, as estratégias para vincular estes profissionais em locais distantes dos grandes centros médicos brasileiros não pode resumir-se à remuneração satisfatória, passagens aéreas para o estado de origem e moradia e alimentação custeadas pelo governo federal brasileiro.

Diante disto, como é que se pode propor uma reformulação do ensino, da docência (“docência profissionalizada”) e uma “gestão transformadora” que ignore o ideário neoliberal implícito na legislação da educação? Quem poderá partilhar experiências em plena vigência das políticas neoliberais, do “provão”, das novas diretrizes da educação, da concorrência acirrada e do livre mercado?

Algumas análises e proposições sobre gerenciamento não têm permitido detalhar os mecanismos ardilosos através dos quais as políticas neoliberais se consolidam. Por vezes o enfoque e a ênfase dados às técnicas de gerenciamento podem escamotear perversas intenções de manutenção de uma situação favorável a sustentação das relações capitalistas de dominação.

*“(...)no campo da gestão nos defrontamos com a tarefa de governar processos pertencentes aos seguintes territórios: **organizacional** – espaço de intervenção de sujeitos coletivos, inscritos a partir de suas capacidades de autogovernarem e governarem os outros, disputando o caminhar do dia-a-dia da dinâmica das organizações para a instituição de alguns projetos. É um terreno muito tenso que procura construir dentro de certas linhas de poder, normas e regras, que instituídas realizam o controle organizacional para a construção de certos projetos e não outros,mas não consegue anular a existência de forças potências 9que também exercem suas ações de governo) que querem se realizar (instituir) enquanto projetos também (...).¹⁰⁸*

Mesmo que sejam preservadas as particularidades dos indivíduos, das instituições por eles representadas, dos grupos, etc., há que se estabelecer um elemento

¹⁰⁸ MERHY, E E. *Gestão transformadora da Escola Médica: Um gestor de uma escola médica governa o quê ?* IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM* , 2000, p.87.

básico/nuclear/ central que agregue as “múltiplas” especificidades em torno de um interesse comum, contemplando a totalidade da dinâmica social. Volta à discussão a importância da definição de pressupostos teóricos, filosóficos que norteiem as ações.

No caso da medicina, em particular para a educação médica, tentar definir tal elemento agregador implica considerar um objetivo histórico geral, mais remoto, para medicina e um particular, específico, mais recente, que considera os elementos da civilização moderna capitalista. Assim, é decisivo admitir que a relação entre medicina e sociedade modernas representa a relação originária entre os homens onde, originariamente, daí o caráter “material-ontológico” da medicina, uma parte deles foi especificamente incumbida de promover saúde, tanto através do alívio do sofrimento quanto através de medidas preventivas-curativas. Medidas visando estabelecer novos patamares para educação médica devem considerar que a medicina através da prática cotidiana pode ser um elemento integrante e “mantenedor, ou negador” do modo de produção capitalista, e isto ocorre dialeticamente através da educação médica.

Vários dados¹⁰⁹ relacionados sobre “como as escolas produzem os seus produtos da gestão” poderiam ser agrupados, simplificadamente, a fim de evitar interpretações descontextualizadas e facilitar o acesso daqueles que informalmente, ou extra-oficialmente, envolvem-se com a educação e assistência médicas. O que facilita a adoção de algumas medidas é o fato de poderem ser previamente entendidas tanto na sua fundamentação quanto na sua viabilidade e execução. O detalhamento da complexa relação entre educação médica e sociedade, pode mobilizar setores mais amplos da própria sociedade para que avalizem a transformação do ensino.

Nós acreditamos que quanto mais ampla a noção de promoção de saúde transmitida aos alunos durante a graduação, maior sua compreensão do problema e assim maiores são as chances de mobilização em busca de uma transformação social. Para isto é necessário a inclusão curricular de conhecimentos provenientes das áreas já citadas (sociologia, economia, ciência política, história da humanidade, da educação e da medicina, etc.).

¹⁰⁹ cf MERHY, EE. *Gestão Transformadora da Escola Médica: um gestor de uma escola médica governa o quê? Análise do relatório da segunda fase para entender como as escolas produzem os seus produtos da gestão*. IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 91.

Este amadurecimento intelectual (lógico, materialista, histórico) pode permitir ao médico recusar trabalhar como “médico de família”, ou em “Programas de Saúde da Família” e similares, nos moldes atuais, apesar das novas “técnicas de gestão na educação e assistência médicas, em localidades onde as pessoas não têm condições mínimas de sobrevivência (regiões metropolitanas e interioranas do Primeiro e Terceiro Mundos).

A proposta atual de assistência médica e/ou de uma equipe de saúde parece-nos um misto de “assistência-solidariedade médica” e humanização da medicina, mas também o adiamento de reformas estruturais econômicas. O médico deve recusar o processo contemporâneo de “medicalização” da doença que escolhe o modo assistencial primário para agir e o local como sendo as comunidades. A pobreza e a miséria, precisamente na forma de doenças, não “irão” mais aos hospitais e complexos hospitalares providos com tecnologia de ponta, mas a medicina “humanizada” vai ao encontro dos doentes, através de equipes multidisciplinares (psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatras, médico de família, etc.).

A tese de que a intervenção concreta da medicina nas transformações sociais com intuito de promoção de saúde desde a divisão de classes original também tenha contribuído, como instrumento formal de reparo dos malefícios causados pela própria divisão de classes ainda pode ser sustentado. As invenções modernas e os inúmeros mecanismos, progressivamente sofisticados como, por exemplo, a medicina voltada para “saúde pública”, reforçam isto. Do mesmo modo, ela pode ser encarada como uma forma de “gerenciar” um problema que interferiu na promoção de saúde da sociedade capitalista no século XIX. No mínimo, o médico deve contribuir profissionalmente como facilitador das transformações sociais evitando a “medicalização” e o enfoque biológico (primário ou terciário) que tem dado às doenças, pois isto contribui para preservação da matriz capitalista que se propõe a promover saúde numa sociedade de classes, sem a satisfação material mínima, já possível no início do século XXI.

Torna-se difícil não admitir que a influência das reformulações teóricas recentes, nos moldes propostos pelo Projeto CINAEM, sobre a educação e assistência médicas prestam um “desfavor” e são um entrave às novas elaborações que considerem

a base materialista, a tecnologia e a ciência, os sistemas políticos e econômicos e a contribuição da medicina na transição lógica, dialética do modelo econômico vigente. Nesta perspectiva, ao voluntariado e às organizações não governamentais vão sendo oferecidas condições concretas para que se tornem parte da história e os benefícios que defendem e promovem para os segmentos excluídos da sociedade sejam parte legal das atribuições do estado.

Nesta tarefa ambiciosa a ação médica não pode ser ignorada e, portanto, não pode ser “engessada” com o deslocamento da assistência para a rede básica e por aquilo que esta ofereceria à formação médica. Num primeiro momento o desvendamento radical das transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, e de forma mais acentuada na década de 90, como resultado evidente da aplicação de medidas neoliberais¹¹⁰ pode facilitar a compreensão de que a escola médica atual também é parte de um contexto determinado pelo modo de produção capitalista atual. Assim, a organização-classificação dos “problemas”¹¹¹ relacionados às escolas médicas no quesito “gestão transformadora” sugerida por MERHY (PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.93) e as propostas contidas em “estratégias de ação e recursos necessários para executá-las”¹¹² que mostram um grau de desarticulação com a possibilidade de reformular a educação médica, em particular brasileira, podem ser depuradas e entendidas como expressão do jogo de forças entre as classes, deixando de ser idealizações que não consideram a base material da sociedade neoliberal. Afinal, muitos problemas estão relacionados a re-alocação de verbas nas escolas com repercussão nos quadros administrativos, de funcionários, docentes e discente.

Nós tememos que a flexibilidade existente nalgumas diretrizes educacionais somadas à nova organização assistencial, ambas sugestões do Banco Mundial, facilitem a criação de Projetos Institucionais isolados, individualizados, ainda que baseado no respeito às especificidades regionais das escolas. A ABEM poderia assumir o controle desse processo de uma forma distinta da atual, isto é, associando-se a outras

¹¹⁰ BOCK, 2001

¹¹¹ Os problemas elencados são: "(...) *dirigentes sem formação específica, infra estrutura sucateada, escassez de recursos financeiros, planejamento e execuções deficientes, gestão burocrática, avaliação deficiente, baixo envolvimento dos alunos, baixo envolvimento dos professores, pouca comunicação entre os segmentos, docentes e discentes insatisfeitos...*" .

¹¹² PICCINI et al., *Projeto CINAEM* , 2000, p94. Elementos consensuais apontados pela segunda fase.

instituições que tivessem por objetivo a integração-intersecção de projetos em busca da promoção da saúde brasileira e do Terceiro Mundo.

Com este perfil, talvez a ABEM adquira força política para realmente sair da neutralidade e assumir a responsabilidade de promoção à saúde nacional mais ampla, e que não é esta ainda praticada tradicionalmente, nem é aquela da proposta contemporânea que pretende privilegiar a ação assistencial primária, tanto na formação quanto na prática. Trata-se de desenvolver uma *ação de saúde* que inclua a ação médica específica afinada com os avanços da biotecnologia mundial e seu uso racional, e uma ação política. Com isto a educação médica representada pela ABEM congregaria a intenção de educadores, educandos, pacientes, instituições, etc., e conseguiria representatividade e legitimidade política significativas nas suas propostas de reformulação curricular.

É interessante notar que a própria ABEM tem se privado de criar uma interface formal com outros órgãos ligados a educação impedindo que haja o debate e a reflexão sobre a medicina e a sociedade. Não podemos desmerecer as propostas e intenções mais recentes que, têm tentado aproximar a medicina tradicional, que atravessou o século XX, de uma realidade que ela mesma ajudou a criar e esconder através da “medicalização”.

É dessa forma que acreditamos ser possível começar a resolver os problemas relacionados à educação médica que são multifatoriais, ou seja, compreendendo-os radicalmente e buscando representatividade junto aos setores da sociedade não exclusivamente ligados à medicina mas preocupados com a promoção da saúde.

1.4.1) Projeto terapêutico cuidador centrado no usuário X Projeto terapêutico centrado em procedimentos médicos ou burocráticos ¹¹³

Dentro da proposta de reorganização da educação e assistência médicas utilizando-se “estratégias de gerenciamento”, há dois projetos que devem ser distinguidos. Embora ambos pareçam completamente distintos no que se refere as

¹¹³ PICCINI et al., *P. CINAEM*, 2000, p 95 e 96.

diretrizes de gerenciamento, parece-nos que representam apenas abordagens diferentes de um mesmo problema, por sua vez situadas num mesmo plano de resolução. A atenção/assistência, os modelos médicos, públicos ou privados, são projetados de acordo com as necessidades dos usuários. De acordo com isto a organização administrativa-assistencial pode se diferenciar. Por outro lado, estes modelos de aparências opostas, na realidade se identificam por não considerarem as raízes dos problemas de saúde e, portanto, não poderem contemplar ações de promoção à saúde mais amplas que fogem da esfera exclusivamente médica. A crítica ao projeto centrado em procedimentos e na burocracia procede quando há a preocupação de apurar o quanto determinados procedimentos são necessários, o quanto são rentáveis para quem os realiza, nem sempre na dependência dos problemas dos pacientes. É antiga a discussão sobre como resolver determinados problemas de saúde de forma mais ou menos onerosas e utilizando (ou não!) intervenção especializada e auxiliada pelos recursos científicos tecnológicos. Nisto estão envolvidos interesses os mais variados possíveis que vão desde aqueles que defendem procedimentos curativos até os preventivos. Com esta questão central esclarecida talvez possamos encontrar um elemento de convergência de posicionamentos intelectuais ligados às ações curativa e preventiva. Um ponto fundamental para ser resolvido e que antecede, ou no mínimo deve estar atrelado, a escolha de estratégias de gestão que orientem os projetos assistenciais é aquele que cuida do direito legal, universal, burguês..., dos indivíduos não adoecerem em função da insatisfação material mínima¹¹⁴. Esta mudança na base da abordagem do processo de adoecimento é indispensável para que possamos estabelecer

¹¹⁴ SEN, Amartya. *Desigualdade reexaminada: Pobreza e afluência* (cap. 7). Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001. De acordo com o autor, mesmo no que se refere ao “nível de pobreza” nós podemos encontrar variações, portanto, trata-se de uma discussão mais complexa do parece. Um médico disposto a encarar o modo como seu povo adoece deve distinguir as prioridades que antecedem a generalização assistencial e reconhecer as particularidades e detalhes que podem interferir no processo de adoecimento, apesar da sua intervenção especializada (médica). Aliás, esta seria uma prática que permitira individualizar os pacientes e suas queixas sem perder a noção da inserção dos mesmos na totalidade, digo, no conjunto da comunidade e da sociedade. Ao falarmos de uma nova formação médica ("deslocar o eixo formador") voltada para “os principais problemas de saúde da comunidade” (PICCINI et al., *Proj CINAEM*, 2000, p226), é preciso ter em mente o que já disséramos e o significado de uma real adequação da assistência primária às reais necessidades populacionais para que a própria medicina não generalize as carências, ou aquilo que é indispensável, e tome medidas excessivamente gerais que podem ser equivocadas, mesmo que o “médico de família esteja na casa do paciente”, digo, na comunidade.

qual terapêutica é mais adequada. Esta possibilidade se concretizaria sem dispensar a luta por interesses particulares motivados pelo enriquecimento capitalista permitido pelo fortalecimento do complexo médico industrial, das companhias de seguro, das empresas de convênios médicos, todos “em cena” desde por volta da década de 50 do século XX.

Manter-se fixo à esta posição de incentivo à assistência básica, ainda que seja reformulada, também significa não romper com a tradição médico-assistencial que fortalece a ideologia neoliberal para redução de custos com a estrutura de assistência médica montada durante décadas com recursos públicos e que precisa de renovação tecnológica-científica, afinal será útil futuramente. Afinal, de acordo com a evolução humana, a tendência que prevalece é a do aumento da longevidade, embora não para todos. Com isto modifica-se o grau de complexidade do processo de adoecimento e a solução de problemas, provavelmente, não se dará no campo da assistência médica primária/secundária. Por exemplo, até a invenção dos antibióticos o câncer e as pneumonias eram considerados problemas letais e nem sempre a medicina interveio efetivamente. Com o aparecimento e fabricação em massa da penicilina por volta de 1940 o medo das pneumonias foi se desfazendo, mas não aquele causado pelo câncer.

Hoje, são outras as complexidades das doenças também determinadas pelo padrão de desenvolvimento material humano e a medicina acompanha este processo na perspectiva, ao menos em tese e de acordo com seu caráter “material-ontológico”, de prolongar a vida e de uma forma prazerosa¹¹⁵.

Técnicas, instrumentos, estratégias de gerenciamento do ensino e da assistência médica têm contribuído para confundir as prioridades e os papéis, isto é, não dá para acreditar que haja uma modificação no currículo de medicina, na organização administrativa das escolas e universidades, nas leis que regem a o funcionamento da educação e da saúde, na formação de professores ..., para formar um profissional apto

¹¹⁵ Um aspecto evolutivo interessante da mudança necessária que a medicina sofreu nos últimos 20 anos pode ser observada no que se refere à assistência, terciária e primária, às gestantes adolescentes e aos filhos destas quando nascidos prematuramente. Desde o nascimento até os primeiros anos de vida serão crianças em que o atendimento à saúde com enfoque multidisciplinar é indispensável.

a resolver problemas que talvez tivessem outras características se também fossem outras as condições materiais de vida dos homens. Por exemplo, solicitar exames de fezes e de sangue, receitar vermífugos, ou especializar-se no tratamento clínico-cirúrgico de feridos em decorrência de acidentes no trânsito e armas de fogo das guerras urbanas. Também vale para situações em que a atuação médica e da equipe de saúde talvez possa ser dispensada, digo, não seja prioridade. Por exemplo, na desnutrição, não só infantil, mas que já afeta os próprios pais e onde já são constantes as intervenções pontuais do médico e da equipe de saúde, num problema crônico e progressivamente grave, apesar dos esforços paramédicos¹¹⁶. O que fariam médicos de família em famílias de moribundos?¹¹⁷ Como estabelecer um programa de saúde da família para uma família desagregada, inclusive pela vigência dos instintos primitivos, como contra fome, ou pela sobrevivência? Também não parece que o médico sustentará a posição de principal orientador da alimentação e do cuidado infantil, da gestante, do idoso, das práticas sexuais seguras; ... por tempo prolongado, afinal crescem os canais através dos quais novas informações podem ser alcançadas¹¹⁸.

Não haveria outra possibilidade deste profissional, se preparado adequadamente, funcionar como “gerenciador social” preocupado em equilibrar desenvolvimento econômico com bem-estar, ou a promoção da saúde da população?

As análises históricas mostram que na realidade, mudam os governos e os currículos de medicina, ou todos os currículos da área da saúde, mudam os médicos

¹¹⁶ Trabalhos como das “pastorais da criança”, agraciados com a indicação ao *Prêmio Nobel*, tem este caráter paliativo, solidário, sacerdotal, porém não podem ser admitidos como definitivos. De acordo com a evolução humana, principalmente no período capitalista, é decepcionante ver crianças e famílias inteiras sofrerem com a desnutrição e terem que ser alimentadas com substâncias alternativas – farelos, raízes, etc. – ou sobras de alimentos, num país com tamanha extensão territorial, riqueza de água e mão de obra disponível. Médicos e profissionais preocupados com a promoção da saúde, respaldados por análises históricas, lógicas, multidisciplinares deveriam refletir sobre quanto essas ações isoladas, (“ilegais”?) modificam o padrão de vida de contingentes da população e por quanto tempo. Além disso, o quanto elas contemporizam um problema que cresce no mundo de forma galopante. Este padrão de intervenção no real tem sido um dos responsáveis pela criação de uma impressão distorcida de como problemas graves e estruturais podem ser aparentemente resolvidos de forma “sustentada”.

¹¹⁷ Cf ANEXOS. Vale confrontar o perfil sócio-econômico das cidades incluídas nos programas governamentais, entre eles o *Programa de Saúde da Família*, e seus indicadores econômicos.

¹¹⁸ Os conhecimentos sobre saúde e as condições para mantê-la têm sido alvo de inúmeros programas – televisivos, da imprensa escrita e da rede de computadores mundial (*internet*). Além disso, algumas atividades podem ser desempenhadas não diretamente pelos médicos, cabendo-lhes, principalmente, a supervisão. Este processo em curso, salvo a exaustão e a obsessão na discussão de temas ligados à promoção de saúde, são de alta importância para a sociedade pois, rompe a tendência de manter alguns conhecimentos com a conotação de “esotéricos”.

dos programas e mudam também os programas de assistência à saúde, mudam as estratégias de gerenciamento do sistema de saúde e do sistema educacional, mas um problema crônico, persistente e cada vez mais intolerante permanece, qual seja, o das más condições materiais de vida da maior parte da população brasileira, que é acentuado pelo neoliberalismo, e que expressando-se na forma de doenças são, novamente, medicalizados. Com esta proposta de “gestão transformadora” o Projeto CINAEM poderá ser vítima de sua própria "alquimia" e não resolverá os problemas de saúde efetivamente num longo prazo.

Além do referencial teórico, filosófico limitar o alcance e os objetivos do Projeto CINAEM vale lembrar que há também um “falha técnica”, isto é, um problema na comunicação, pois, à rigor, as metas, os objetivos e as propostas de execução estão impregnadas pelo complexo discurso pós moderno. Assim, antes mesmo das dificuldades inerentes à sua própria execução o Projeto CINAEM já oferece entraves à sua própria compreensão que são às vezes similares aqueles inerentes aos conhecimentos esotéricos. Nalgumas situações parece-nos necessário um curso prévio sobre o “pensamento pós moderno”.

1.4.2) Missão –Objetivo da Escola

No que se refere à "*missão - objetivo da escola*", como parte do gerenciamento transformador, merece destaque a seguinte proposta institucional:

“(...)formar o médico cidadão competente com visão ético humanística e social apto para lidar com os principais problemas de saúde da comunidade, promoção, prevenção reabilitação das doenças individual e coletiva, preparado para atuar em equipe e de buscar seu auto-aprendizado, seu processo de educação continuada e com capacidade de suportar as pressões afetivas da atividade profissional(...).”¹¹⁹

Supondo que fosse esta a proposta de ensino eleita pelos educadores médicos e que também tivesse ampla aceitação dos setores assistenciais, não podemos ignorar que toda e qualquer proposta pedagógica será limitada pelo próprio custo que hoje é alvo das escolas em geral. Mesmo sendo uma boa proposta, não pode haver

¹¹⁹ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.226.

organização de núcleos individualizados somente para estudar educação médica e a reformulação do ensino médico, nem para promover a educação continuada, etc. E mesmo que seja formado um “núcleo de educação médica” em cada escola médica brasileira, não há nenhuma garantia de que o processo de reformulação curricular será democrático, pautado pela reflexão científica, crítica e histórica, e que estará acima dos interesses mercantis, concorrenciais das escolas. As exceções talvez se limitem às escolas superiores públicas.

Tudo isto restringe muito o alcance do *modelo pedagógico*, porém não descarta outras possibilidades educacionais menos onerosas. De acordo com o próprio Projeto CINAEM (PICCINI et al. 2000, p97) sobre,

“(...) Uma proposta de caminho para construir novos projetos institucionais na perspectiva de uma gestão transformadora que seja ao mesmo tempo intervenção na organização e formadora de dirigentes(...)”,

nós acreditamos que além de uma firme convicção histórico-política, é necessário uma instituição com força política, que tenha poder de negociação e possa pressionar a favor das mudanças necessárias. Porém, atualmente no contexto nacional não há nenhuma instituição ligada à educação médica pronta para reunir educadores, médicos, leigos, fazendo convergir seus interesses no que se refere a promoção de saúde, em particular a brasileira, usando as ferramentas existentes no campo da medicina. Falta-nos um órgão legitimamente estabelecido que ofereça a possibilidade de um projeto escolar coletivo que sirva de opção à elaboração e execução de qualquer projeto institucional individual (flexibilidade denominada “projetos institucionais”). Quando defendemos um elemento aglutinador-multidisciplinar e a criação de um órgão que não considere a promoção de saúde nacional como tarefa exclusiva da medicina, mas sim um projeto social estratégico, nós manifestamos o repúdio aos “projetos individuais, institucionais”. Estes deveriam ser substituídos por um projeto elementar, básico, orientador das práticas educacionais para todas as escolas brasileiras, apenas permitindo adequações particulares técnicas (regionais, institucionais), sem interferir, ou mudar o projeto principal, que facilitassem o andamento das atividades cotidianas.

Dialeticamente nós voltamos ao início desta pesquisa: para que esta proposta acima tenha alguma viabilidade o primeiro passo é ampliar a definição sobre promoção

à saúde e detalhá-lo de acordo com as particularidades brasileiras. Por conseguinte, será inevitável o incurso de outras áreas do conhecimento para ampliar tal definição. A agregação de indivíduos dispostos a elaborar novas estratégias de ação, em particular no campo da saúde, prescinde de referenciais teóricos, filosóficos para formulação de novos conceitos que definirão, ao menos em linhas gerais, a orientação educacional necessária. Deste debate, poderá sair um projeto nacional para um novo currículo de medicina. Aliás, esta pesquisa desenvolvida numa Faculdade de Educação mostrou-nos que é preciso transformar a discussão sobre a formação médica num fenômeno mais amplo, à semelhança do debate sobre os rumos da educação brasileira iniciado há mais de cinquenta anos, contando com a participação de vários segmentos da sociedade e valorizando os movimentos sociais que podem contribuir decisivamente para a promoção da saúde. A adoção de tais medidas parece-nos indispensável para que haja solidez e coesão no movimento educacional que sofrerá inúmeras pressões. A idéia de “projetos institucionais”¹²⁰ flexíveis é um “viés pós-moderno” com sua “marca registrada”: falta de um nexos histórico, sócio-político, que permite múltiplas interpretações e ações, dificilmente, ou excepcionalmente convergentes. Chamamos atenção para o fato de que o movimento (intelectual) “pós-moderno” ao tentar demarcar o campo da modernidade como sendo distinto e “avesso” ao seu e assim se assegurar como outra opção de interpretação para os fenômenos sociais, fracassou e, hoje, não tem sido considerado uma ameaça apesar de ainda sentirmos sua influência nalgumas análises e propostas para o ensino médico.

Discutir “gestão da escola médica” sem discutir o fenômeno histórico no qual a própria escola está inserido, com suas implicações econômicas e políticas¹²¹ é uma atitude no mínimo ingênua e alienada. Os gestores atualmente mais aceitos são aqueles que por detrás de uma postura “conciliadora” estão mais dispostos a reorganizar o caos do modelo vigente para nos manter a ele ligados de forma aparentemente orgânica. A possibilidade de ruptura não existe nem no plano teórico. Embora ninguém queira um gestor com o perfil de quem “contorna problemas e apaga incêndios”¹²² em função da reestruturação do ensino universitário onde a nova diretriz do ensino superior é o guia

¹²⁰ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000- P98/227

¹²¹ BRUNHOFF, 1991.

¹²² PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p98. Oficina de Aracaju.

e o referencial de várias mudanças, parece-nos que este é o profissional com as maiores chances de conseguir um cargo administrativo: muita habilidade e afinidade com o ideário neoliberal para reorganizar o setor saúde-educação com maximização do capital internacional empregado e cumprimento rigoroso de metas. Ele deverá promover uma adequação entre “os mandamentos” dos ministérios da educação e saúde, as “sugestões” dos técnicos do Banco Mundial que estão de acordo com as orientações das agências de gerenciamento do capital mundial e as “necessidades” de saúde nacionais.

Para um projeto que foi idealizado e elaborado ao longo de uma década parece pouco estimulante não poder contar com uma proposta definitiva sustentável. Talvez, um dos motivos para que isto tenha ocorrido seja a falta de vincular o projeto de reformulação da educação médica (currículo médico) a um projeto maior, multidisciplinar e nacional de promoção de saúde. Novamente a discussão sobre ensino e prática médica avançou, mas ficou restrita ao campo da medicina, ou no máximo ao setor da saúde. Enfim, não há ainda um projeto escolar definido:

“(...)Por um esboço de proposta para uma nova lógica organizacional para escola médica”: O material ofertado pela oficina de Aracaju que expressa a capacidade dos participantes do projeto CINAEM formularem novas possibilidades para gestão da escola médica no Brasil, não é suficiente para permitir um desenho mais definitivo de um modelo organizacional a ser perseguido pela instituição, de acordo com os princípios de uma gestão democrática, participativa, horizontal e transformadora, que permita construção de um novo perfil médico. A fragilidade das formulações que poderiam orientar a construção de um modelo deve-se ao não estabelecimento de um consenso sobre a natureza do próprio processo de formação dos médicos, bem como sobre a concepção das competências que os mesmos devem adquirir para exercer uma nova prática(...).¹²³

A tarefa de conscientizar e esclarecer os profissionais do setor da saúde, principalmente os responsáveis pela formação de recursos humanos é inadiável diante da conjuntura atual determinada pelo neoliberalismo. É importante assinalar que os projetos que pudemos tomar como referência para reflexão sobre a educação médica - Projeto CINAEM – brasileiro e o Projeto EMA – latino-americano -, não discutem o neoliberalismo e suas implicações na educação e assistência médicas. Tanto a medicina como outras áreas ligadas à saúde discutem a promoção da saúde como

¹²³ MERHY, EE. IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 102.

qualquer coisa que pudesse ser planejada e executada à margem das transformações materiais históricas da sociedade capitalista. Sem detalhamento e discussão multidisciplinar as orientações governamentais vão concretizando, passo a passo, as intenções do capital mundial através da instituição de “políticas públicas” no ramo da saúde e educação. As propostas do governo federal tem tido sucesso nesta tática de deixar que cada escola estabeleça seu “projeto institucional”, a seu modo.

Esta “alienação crônica” observada desde o Projeto EMA até o próprio Projeto CINAEM tem comprometido a falta de definições, como demonstrado acima, e impossibilitado a coesão dos movimentos que buscam a transformação da educação e assistência médicas.

Algumas questões que precisam ser realmente respondidas e que talvez devessem fazer parte de qualquer introdução relacionada à educação médica, e em particular sobre a reformulação do currículo médico são: por que mudar o currículo médico? Baseado em quais elementos são pretendidas as modificações atuais? Quais objetivos são esperados? Trata-se de um bom começo para evitar atropelos frequentes.

“(...) As escolas médicas, nos últimos anos, têm experimentado tentativas de inovação na formação médica. As discussões foram hegemônicas por correntes que baseavam o processo de transformação do ensino médico na redefinição do perfil profissional que se quer formar, a partir da identificação de conteúdos de cada uma das especialidades da medicina, essenciais para a composição das competências do formando. Adotava-se como estratégia a reforma da grade curricular(...)”¹²⁴.

Para cumprir esta etapa inicial de definição dos objetivos é indispensável que as análises contemplem os processos históricos, afinal, eles podem permitir aos proponentes das alterações curriculares verificarem quando a medicina e o médico estiveram entrosados com as necessidades dos homens, isto é, preocupados com o processo de adoecimento e morte dos homens.

¹²⁴ GALLO, E. *TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL. Dispositivos inovadores para as escolas médicas: oportunidades do ambiente externo: O problema.* IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p105.

1.4.3) Gestão e transformação do ensino médico no Brasil

No “histórico da transformação do ensino médico no Brasil”¹²⁵, nota-se otimismo e certa credibilidade no potencial das novas gestões para alterar a educação que seria guiada por um outro Projeto de Ensino. Mas, de acordo as constatações de Gallo sobre a estrutura física e os recursos humanos das escolas médicas a intervenção não deverá ser tão tranquila:

“(...) o relatório da segunda fase do Projeto CINAEM, no que tange às variáveis pertinentes à categoria GESTÃO, considerou a infra-estrutura sucateada e inadequada, oferecendo condições de trabalho insatisfatórias. Os profissionais técnicos de apoio são mal remunerados e em número insuficiente. Há escassez de recursos financeiros. O planejamento e execução orçamentários são deficientes. O processo de gestão é burocrático e ineficiente, sem perspectiva estratégica e continuidade. O planejamento e avaliação das ações são deficientes, dificultando a operacionalização de mudanças. A cultura organizacional caracteriza-se pela resistência a mudanças, pela ampla aceitação do modelo tradicional e pela pouca avaliação das EMB (escolas médicas brasileiras). Em relação a participação e envolvimento, constata-se o baixo interesse e comprometimento de alunos e professores em relação à discussão e solução dos problemas da escola e do ensino médico. Há pouco diálogo político e baixa integração entre os diversos segmentos da comunidade acadêmica(...)”¹²⁶

O impasse criado pela existência deste cenário, pela necessidade de rever os moldes da formação médica e por toda a influência do capital mundial no setor da saúde e da educação, ainda não foi plenamente percebido, em toda sua complexidade multifatorial, pelos idealizadores e condutores do Projeto CINAEM. Portanto, diante disto não há como negar a importância estratégica que este projeto pode ter no cenário da assistência à saúde e educação médica, tanto por poder representar avanços quanto retrocessos.

Tudo isto é parte de um processo de reformas do ensino universitário iniciado na década de 70 do século XX, onde os cursos de medicina tiveram, primeiramente, seu número ampliado permitindo maior alcance da população. Hoje a ampliação do acesso também se faz através dos ajustes curriculares já mencionados. Além da

¹²⁵ Ibidem p.105

¹²⁶ Ibidem, p 105-6.

ampliação do significado que medicina tem para promoção da saúde e da participação de segmentos sociais na elaboração de um novo projeto para educação médica, será preciso conhecer os usuários do próprio sistema de saúde. Atender estes pressupostos é o que pode legitimar um novo currículo de medicina e torná-lo eficaz. Mais do que um problema de “gestão” na verdade isto tudo parece mais um problema de conscientização do presente, onde as avaliações conjunturais e estruturais críticas são imprescindíveis.

Mesmo que no atual período nada escape da teia organizacional definida de acordo com o capitalismo neoliberal e composta por táticas de gestão nas áreas da saúde e educação que visam funcionalidade e lucro, é preciso refletir sobre propostas de alguns profissionais que pretendem transformar o problema da educação médica num problema de gestão, daí a “gestão estratégica”:

“Embora apontada como entrave à mudança, a experiência acumulada indica que as dificuldades não se devem essencialmente à falta de vontade dos dirigentes das escolas médicas brasileiras, ou, ainda, à inexistência de ações inovadoras no âmbito das mesmas. Tais dificuldades são decorrentes principalmente da ausência de um processo continuado de Planejamento e, principalmente, Gestão Estratégica, que permita aos dirigentes desencadearem um processo catalisador capaz de dar direcionalidade às distintas iniciativas existentes e às diversas motivações fragmentadas. Geri-las em um processo articulado pode vir a ser a possibilidade efetiva para o início da transformação das escolas médicas brasileiras. Ficou claro nas diversas oficinas, que os processos mais bem sucedidos tiveram algum tipo de dispositivo introduzido na dinâmica da gestão e/ou formação da escola que subverteu a lógica da reprodução dos modos de gestão e/ou formação, desterritorializando atores e processos e permitindo um rearranjo institucional que abriu espaços para inovações, que - potencialmente - podem se tornar mudanças mais permanentes e direcionadas para a situação-objetivo do Projeto CINAEM(...)”¹²⁷.

Antes de dominar o gerenciamento do processo educacional para guiá-lo, temos notado que falta a definição de um objetivo no próprio processo, mas que pode ser identificado com a ampliação do seu significado. Com as metas definidas claramente talvez surjam os instrumentos para gerenciar as transformações que os interessados apóiam.

Por definição, a conscientização do significado de um novo projeto de formação médica para a transformação das condições materiais históricas de uma sociedade ainda não foi estabelecido e nem sua importância junto a um projeto brasileiro maior

¹²⁷ Ibidem, p. 107 – Grifo nosso.

de mudança política-econômica, ou mesmo latino-americano e do Terceiro Mundo. Isto retira o apoio indispensável para que o projeto alcance maior compreensão e aceitação junto aos vários segmentos da sociedade. Baseia-se nisto nosso entendimento de que só assim o Projeto CINAEM terá força política para marcar com precisão os limites e a trajetória a ser seguida pelas várias escolas médicas brasileiras. Do contrário, ficará isolado numa discussão encastelada, longe dos fenômenos reais e implacáveis que vão transformando a sociedade e isto limita muito a compreensão do todo, ou global.

Antes de se enveredar pelos caminhos da “gestão” é preciso que os educadores preocupados com a formação médica detalhem o processo de reorganização e preparação das universidades, através da ação dos seus "gestores" / administradores / diretores / reitores / etc., para um "mercado" e uma "concorrência", em busca de "consumidores" que vão se definindo de acordo com o poder aquisitivo, o que necessariamente faz com que as escolas também adequem seu projeto de ensino a esses mesmos grupos.

Nós insistimos na importância do conhecimento do projeto neoliberal mundial e as adequações que o mesmo determina em cada um dos setores da sociedade para que o "diagnóstico" da situação educacional seja o mais fiel possível e permita abordagens a partir de múltiplas perspectivas analíticas. Devem ser evitadas discussões superficiais sobre o sentido recente dado ao projeto pedagógico da medicina brasileira. A idéia de que o neoliberalismo continua não sendo visto, radicalmente, como fase do processo de desenvolvimento capitalista é difundida sem oposição.¹²⁸

Efeitos do desdobramento capitalista como fome, miséria, destruição, violência, doenças, poluição ambiental, etc., estariam em completa contradição com a racionalidade técnica-científica, caracteristicamente moderna. Assim, de acordo com alguns, estas transformações sociais que caracterizam o mundo globalizado distinguiriam o período recente, denominado pós-moderno, daqueles anteriores, admitidos como modernos. Daí uma espécie de antagonismo tempos modernos X pós-

¹²⁸PEREIRA, Elizabeth M; MATIAS, Walter. *O ensino médico em tempos pós-modernos*. IN palestra 3º Congresso Paulista de Ensino Médico – UNICAMP, Campinas (SP), 2002 (mai).

modernidade, mas sem o estabelecimento das relações entre o desenvolvimento capitalista, o neoliberalismo e os dias atuais.

Em oposição a isto acreditamos que o projeto imperativo de reformulação do ensino médico, e que também está radicalmente identificado com os pressupostos teóricos, filosóficos que já apresentamos, deva ser compatível e contribuinte de um projeto maior para superação do modo de produção burguês.

1.4.4) – "Estratégias e Ação - Abordagem Metodológica"¹²⁹

Neste tópico são contemplados aspectos relacionados à operacionalização-implantação de mudanças como, por exemplo, ampliar o conhecimento da realidade escolar dos envolvidos no processo educacional permitindo-lhes um diagnóstico da situação mais preciso e que pode ser alcançado através da "compreensão global do projeto e sua articulação com o contexto social, econômico e político"¹³⁰; permitir a capacitação com objetivo de gerenciamento localizado, descentralizado e participativo, estrategicamente voltado para resolver problemas locais¹³¹; "criação de novos espaços institucionais produtores de novas políticas (Unidades de Produção inovadora)"; reunir elementos que dêem aos envolvidos no projeto educacional motivação e compromisso com a "construção do novo" através de mudanças de valores, práticas, etc.; "definição de dispositivos inovadores capazes de desterritorializar os atores e práticas tradicionais das escolas médicas brasileiras"; "garantia de financiamento para o processo de inovação"¹³².

A estrutura burocrática administrativa existente usada para execução de projetos sociais talvez se beneficie com a inclusão do projeto pedagógico elaborado para medicina. Criar novas "figuras burocráticas" pode ser um "novo viés" para desviar a atenção de um problema na educação médica com raízes históricas.

¹²⁹ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 109.

¹³⁰ Mas não é o que vemos de forma clara no próprio projeto CINAEM que não priorizou a compreensão do fenômeno educacional atual numa trama social, nacional e mundial, mais complexa e de desenvolvimento material-histórico da humanidade.

¹³¹ RIZZOTTO, 2000. Dentre várias modificações no sistema de saúde nacional esta é uma que atende as exigências do Banco Mundial.

¹³² PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p 109-110.

O papel do médico esclarecido e ciente de seu papel nas transformações sociais pode ser diferente daquele atualmente exercido, principalmente junto àqueles que mais utilizam a assistência primária. Ele pode atuar politicamente nas ramificações do sistema de saúde atual buscando a conscientização dos próprios doentes.

*“(...) Na medida em que a iniciativa social e política das classes trabalhadoras continuar bloqueada, será difícil vislumbrar uma cidade verdadeiramente humana... Pois é o capital – e não a força de trabalho – que deteriora a vida metropolitana. Para o capital a cidade é fonte de lucro. Para os trabalhadores é uma forma de existência(...)”.*¹³³

Se tomarmos como exemplo as cidades industrializadas notaremos que a velocidade da pauperização da sociedade brasileira supera não só as expectativas, mas principalmente a capacidade do assistencialismo. Neste quadro não cabe o médico proposto. Portanto, uma reconceituação do que é a medicina poderá surgir e servir para definir a posição que cada indivíduo, grupo, instituição, etc., ocupa em relação às mudanças educacionais: seja em defesa do modelo tradicional, ou de um modelo mais avançado. Não há como definir com exatidão as medidas, as atitudes, a organização que cada grupo ou indivíduo deve ter para iniciar as alterações e mesmo sustentá-las, pois isto resulta dos debates multidisciplinares. Interessa dificultar o surgimento de "modismos" permissivos que aceitam múltiplas ideologias, definições, etc, sem preocupação com projetos de mudanças mais profundos e coletivos.

1.4.5) “Dispositivo Inovador”

Como já exposto, o ponto de vista financeiro é indispensável para preservar e garantir o processo de alteração na educação médica que por sua vez não escapará das interferências do capital mundial, tanto através do “mercado concorrencial”, como através dos “tentáculos” burocráticos-institucionais criados pelo Banco Mundial, BID, BIRD, que controlam os financiamentos de acordo com o cumprimento de metas pré-estabelecidas. Para garantir o processo de mudança vem sendo defendido um

¹³³ Cf CAMARGO, PF et al. *São Paulo 1975: Crescimento e pobreza*. São Paulo: Loyola, 1976.

"Dispositivo Inovador" ¹³⁴ que tenha garantia de financiamento. As sugestões são:

- a) "Apoio às experiências inovadoras por agências internacionais";
- b) "Redirecionamento de recursos pela modificação da gestão" ¹³⁵
- c) "Articulação ao sistema único de saúde" :

"(...) Aqui temos possivelmente as maiores oportunidades de introdução de Dispositivos e Financiamento de Processos para o conjunto das escolas médicas brasileiras, independente de sua natureza ou localização geográfica. São decorrentes de uma postura mais determinada dos gestores municipais, estaduais e federal em aprofundar a relação do Sistema Único de Saúde com o aparelho formador, buscando garantir um perfil profissional mais adequado às necessidades de assistência, assim como à ampliação da cobertura e aprofundamento da atenção básica no país. Podemos apontar duas modalidades básicas de relação com o sistema. A primeira através da re-inserção dos serviços próprios na rede assistencial do SUS através de novos pactos de gestão, e a segunda através da interiorização da assistência(...)"

1º) re-inserção dos serviços na rede assistencial do SUS através dos pactos de gestão. Através do gestor municipal de saúde há uma reavaliação dos serviços de assistência saúde e suas respectivas funções, com especial atenção aos serviços universitários, principalmente os hospitais universitários, pelo fato de serem mais onerosos ao sistema e serem pouco eficientes na prestação de serviços.

As escolas médicas se sentem "incompreendidas" pelo próprio SUS que não se identifica com seu projeto institucional. Ao que tudo indica os gestores municipais "de posse" das verbas governamentais administrarão o sistema de saúde dos municípios tendo um projeto de assistência médica "pronto", do próprio governo, que é o de ampliar a assistência à saúde no nível básico/primário. Desse modo terão que ser feitos ajustes no ensino e no sistema de assistência médica. A articulação dos serviços de assistência, incluindo aqueles também ligados ao ensino, se fará "dentro dos parâmetros da programação de necessidades do gestor, com mecanismos de remuneração pré e pós pagos", metas, objetivos e compromissos a serem alcançados, incentivo ao desempenho individual e do serviço. São firmados contratos entre hospitais universitários, pólos de Saúde da Família e inúmeros cursos de especialização.

¹³⁴ Ibidem, p.111.

¹³⁵ Através do orçamento participativo que pretende uma redefinição dos investimentos de recursos de acordo com a opinião dos envolvidos nas atividades.

2º) através da interiorização da assistência – Baseia-se na demanda por profissionais, especialmente médicos generalistas, mas não exclusivamente, que possam atuar em locais de difícil fixação. Pretende-se atender as carências de zonas rurais e urbanas, cidades de grande e médio porte, inclusive capitais.

É oportuno lembrar que este projeto foi idealizado para aproveitar médicos e enfermeiros recém formados (não exclusivamente!), para trabalharem no interior do país, inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em cidades com população de até 100 mil habitantes, com taxa de mortalidade maior que 80/1000 nascidos vivos e com alta incidência de malária. Na proposta inicial admitiu-se tratar de "serviço voluntário" pago com bolsa (R\$ 3.300/mês com moradia custeada pela cidade escolhida), sendo uma atividade que receberia orientação de professores universitários acerca do PSF e através da *Internet*.

O plano de interiorização é uma tentativa de redistribuir médicos e enfermeiros para locais que não dispõem de médicos na própria localidade: são 1200 municípios brasileiros. Na Região Norte, 76% dos médicos estão nas capitais e 24% no interior. No Nordeste 73% dos médicos estão nas capitais e 27% no interior. De certa forma há um contraste entre esta situação e os 250 mil médicos inscritos no CFM (Conselho Federal de Medicina), acrescido dos 7500 médicos formados anualmente pelas 92 faculdades de medicina no Brasil. O programa Saúde da Família surge como estratégia para viabilizar o SUS e desenvolvê-lo (estender assistência através da capilarização do atendimento, descentralização).

Contra-pondo-se ao modelo ainda predominante e hegemônico, originalmente norte-americano ("modelo *flexneriano*" - "transplantado" por volta de 1940), a assistência básica propõe algo distinto da "biomedicina" onde predomina o excesso de intervenções cirúrgicas e uso de remédios. Os indicadores usados como argumento contra a medicina norte-americana são seu caráter oneroso, chegando a custar cinco vezes mais que a medicina inglesa, e a exclusão assistencial que promove: 30-40% da população não tem acesso aos serviços, ou lhes é oferecido o acesso a pequenos serviços. Muito diferente do modelo inglês que alcança 100% da população e por um custo igual ou menor.

Em 1978, na *Conferência de Alma Ata*, já era questionado e criticado este modelo de assistência à saúde excludente que não alcançava a maioria da população. Entretanto, não existem evidências de que nesta conferência houve crítica ao capitalismo neoliberal como sendo responsável pelo crescimento do número de doentes no mundo, e que talvez a desproporção entre atendimento médico e número de doentes também fosse determinado pelo processo êxodo rural-urbanização desorganizada. Neste período surgem experiências no mundo voltadas para atenção básica à saúde, o que não deixa de ser uma massificação da assistência de baixo custo.

Hoje a especialidade de "médico de família" tem sido incentivada e parte das escolas possui um Departamento de Medicina da Família. Na Inglaterra, dos 56 milhões de usuários 90% recebem atendimento básico. Apenas 1% dos atendimentos são feitos em hospitais terciários, ou universitários. A proporção de médicos especialistas: médicos de família (*general practioner*) é por volta de quase 1:4. Nos EUA, onde por quase três décadas o desenvolvimento da pesquisa e da indústria biomédica determinaram a crescente especialização que por sua vez acentuou a crise no sistema de saúde (década de 90) devido aos custos crescentes com saúde/habitante (US\$ 3.500,00 per capita), chega hoje a uma situação que o governo quer inverter, qual seja, a relação de 2 especialistas:1 generalista.

A rede de saúde básica surge também com o intuito de “des”-hospitalizar e resolver a maioria dos problemas de saúde através de ações de promoção à saúde (programas) e prevenção (vacinas, campanhas, etc.). Propostas mais avançadas defendem a ação da vigilância sanitária e epidemiológica, ações preventivas, curativas e reabilitadoras, atendimento de imprevistos (urgências e emergências passíveis de resolução no nível básico de assistência), porém sem dispensar assistência secundária e terciária.

Atualmente o objetivo da clínica no nível básico tem sido encontrar os meios de intervenção no processo de adoecimento com o objetivo de interrompê-lo e podendo reintegrar rapidamente o paciente. Diferente dos modelos tradicionais onde o objetivo do trabalho médico era conhecer os sintomas, ou a doença, hoje se propõe uma ação ampliada que aborde o sujeito doente, ou com risco de adoecer, a família e o contexto social.

Nós temos algumas restrições a estes termos e a interpretação que lhes é dada, pois defendemos que se defina paciente, família e contexto de forma a contemplar a historicidade destes homens e as condições materiais que produzem para própria subsistência. Além de tudo que já foi dito é importante ressaltar que o Banco Mundial, mantendo sua tradição intervencionista na pobreza mundial desde que foi criado, aproveitou o setor da saúde no último quartel do século XX para auxiliar no combate a miséria mundial, precisamente no período em que se difunde o modo de assistência básica.

O SUS e nele o PASF (Programa de Assistência à Saúde da Família), representam adequações conjunturais brasileiras da assistência à saúde também determinadas pelas mudanças econômicas que vem ocorrendo nos últimos 30 anos do século XX.

Os profissionais que vão atuar preferencialmente nos Projetos de Saúde da Família (PSF) podem chegar a salários de até R\$ 8.000,00, mas nem sempre há preenchimento das vagas.

Algumas especulações podem nos dar pistas para compreender este fenômeno que é a “ponta do iceberg” no complexo sistema de saúde nacional. Enquanto o assistencialismo à saúde nos moldes propostos pelo PSF estiver desvinculado de modificações econômicas que melhorem as condições materiais da população ele não terá fôlego, na nossa percepção, para promover saúde ainda que auxiliado pela assistência nos níveis secundário e terciário.

Dentre vários motivos, um deles pode ser o seguinte: populações urbanas de grandes cidades ou cidades longínquas, no contexto atual do neoliberalismo, vivem cada vez mais em condições inadequadas para manutenção da vida física e/ou psíquica. Das doenças físicas podemos citar as infecciosas-parasitárias devido à falta de água e esgoto tratados, às aglomerações nas favelas, à promiscuidade, etc, até aquelas patologias que decorrem da alimentação desbalanceada por privação (desnutrição protéico-calórica) ou por excesso (obesidade). Ambas situações podem expressar a miséria e a fome. No caso da “privação mais moderna” (obesidade) há “fome e miséria” seletivas devido a falta de alimentos necessários à manutenção da saúde. Ou seja, trata-se de uma situação perigosa e preocupante pelo fato dos

indivíduos não sentirem fome como instinto de sobrevivência, porém seus corpos sentem “fome”, ou carência, daquilo que é imprescindível e insubstituível para o crescimento de um organismo com saúde. Nossa exposição sobre a gênese do câncer e a necessidade de um outro “detalhamento da pobreza” baseado naquele proposto por SEN (2001) oferece uma alternativa para compreender melhor o processo de adoecimento. De qualquer forma, no caso dos alimentos, há acesso às dietas impróprias que favoreceriam a gênese de doenças como a obesidade mórbida, o câncer, o diabetes, a aterosclerose e suas complicações mais imediatas (infartos - cardíaco, cerebral -, trombozes, etc.), entre outras.

Das doenças psíquicas poderíamos citar as neuroses e psicoses de quem vive no meio da violência urbana: seja na periferia, seja nos condomínios fechados, ou aquelas ligadas aos rituais de seitas e algumas religiões, que afetam inclusive crianças, e que prometem o “paraíso terreno” por se julgarem capazes de oferecer alívio de sofrimento e paz à margem das transformações sociais. Há ainda situações mais complexas onde vários fatores se associam e determinam as doenças como, por exemplo, o alcoolismo, o *stress*, o tabagismo, os efeitos do desemprego, a violência familiar, etc. Enfim, são muitas as combinações permitidas a partir da ideologia dos novos liberais e do reinado do mercado concorrencial.

Diante disto cria-se uma rede de assistência para estes indivíduos. Mas ocorre que o crescimento desta população de excluídos, onde a maior parte é formada por miseráveis, se dá de forma rápida, nem sempre acompanhado de perto pelo crescimento da rede de assistência saúde. Ainda que admitíssemos que as filas quilométricas de pacientes aguardando pela marcação de consulta nos centros de saúde e hospitais públicos, universitários ocorresse em função de problemas institucionais organizacionais-burocráticos, continuaríamos, do mesmo modo, com um déficit assistencial decorrente, por exemplo, da má gestão dos serviços, da falta de recursos humanos especializados, etc.

Este excedente populacional não absorvido pela rede assistencial básica, nos moldes do PSF, acaba encontrando atenção nos serviços de atendimento de urgência/emergência, habitualmente disponíveis, mas que não podem oferecer um padrão de atendimento ambulatorial que a maioria dos processos de adoecimento

necessitam. De certa forma são pacientes portadores de males crônicos recebendo intervenções médicas emergenciais subsequentes.

Assim, a assistência pública, e também a privada que de alguma forma está vinculada ao SUS, estariam atendendo tais pacientes que não estão em situação de urgência e emergência, e que nem sempre conhecem a diferença entre o acompanhamento ambulatorial e emergencial, mas, acima de tudo, são indivíduos que não são atendidos na rede básica e precisam de médico.

Outro fator que alimenta esta situação é a diferença no esquema de trabalho e remuneração dos serviços ambulatoriais e emergenciais. Tem havido maior interesse destes últimos serviços, do tipo “pronto atendimento”, que parecem ser mais atrativos do que os primeiros (unidades de saúde, ambulatórios da rede básica, policlínicas, etc.), pois além serem uma forma rápida de enriquecimento¹³⁶ trata-se de uma modalidade de prestação de serviço médico que impossibilita a formação de um vínculo entre médico-paciente. Talvez este desinteresse pelo estabelecimento de um vínculo com os pacientes deva-se a evidente incapacidade da medicina de resolver vários problemas de saúde que tem origem nas condições materiais em que vivem os homens, portanto não são problemas considerados dos médicos.

Quanto ao trabalho desenvolvido na rede básica ele possibilita a criação de um vínculo entre médico e paciente e, portanto, há campo para construção de uma relação de responsabilidade duradoura. Mas, é preciso lembrar que o trabalho nas unidades de saúde habitualmente é desenvolvido na periferia das cidades onde as condições de vida dos moradores e de trabalho são insatisfatórias. Soma-se a isto o fato da ação médica isolada diante de males crônicos ser infrutífera inclusive porque não há acompanhamento multidisciplinar. Além de tudo isso, este modelo ambulatorial, do ponto de vista financeiro, é menos vantajoso do que o trabalho semanal, por exemplo, na forma de um mínimo de dois ou três plantões de 12h realizados na rede de assistência privada, ou mista, onde direciona-se o atendimento aos problemas agudos, ou agudizações de problemas crônicos habitualmente mal acompanhados, havendo poucas possibilidades de vinculação duradoura entre médico-paciente. Este fator

¹³⁶ Como exemplo, sabe-se que nalgumas situações que vão tornando-se mais frequentes, médicos na região da grande São Paulo trabalham em plantões diários de 12 ou 24h, recebendo por isto mais do que receberiam se trabalhassem numa Unidade Básica de Saúde por 20 h/sem.

remuneração, parece um grave empecilho para que programas como os de assistência à família (PSF) não decolem. Nas localidades interioranas do Brasil o mesmo programa pode enfrentar dificuldades no processo de fixação do médico talvez, principalmente, pelo subdesenvolvimento das mesmas.

Os médicos “têm fugido” dos programas de assistência ambulatorial-domiciliar elaborados para atender a periferia das grandes cidades onde a criminalidade é elevada e compromete o trabalho de toda equipe de saúde, mesmo dos agentes de saúde comunitários que vivem nestes locais. E como crescem mais rápido as necessidades materiais populacionais e a miséria na medida em que cresce o desemprego, as famílias se alimentam precariamente o que contribui decisivamente para que adoçam mais rápido e com mais frequência. E, sem atendimento oportuno se adoecem de modo mais grave, inclusive porque não tem recursos para eventuais tratamentos, sobrecarregando novamente os nichos de assistência terciária. Por vezes são famílias inteiras vivendo em crescente privação material o que faz com que o círculo vicioso não se interrompa e agrave mais o(s) processo(s) de adoecimento existente(s).

Talvez pareça esquemático demais este ciclo que enfoca basicamente a assistência médica, porém trata-se de uma especulação baseada em dados concretos e atuais. E nós não consideramos aqui a interferência dupla das empresas privadas do setor de assistência médica: 1º) no mercado de trabalho médico (honorários médicos, obrigatoriedade e avaliação de qualificação profissional, *managed care*, etc); 2º) no mercado de usuários (conveniados) onde vários modelos de assistência são definidos de acordo com as mensalidades, estando incluídas e pré-estabelecidas (nem sempre!) as restrições ao tratamento de algumas doenças, ou de acordo com a idade de início da contribuição, etc. Nós entendemos que para viabilidade e o sucesso de programas como o PSF é imprescindível programas simultâneos e sustentáveis de melhoria das condições materiais de vida das pessoas. O PSF não pode ser uma alternativa imposta à sociedade de forma isolada e nos moldes propostos pelo Banco Mundial sem um conjunto de medidas visando melhoria da qualidade de vida das pessoas de uma forma que não depende diretamente da ação médica (habitação, transporte, alimentos, reforma agrária, educação, lazer, etc.) É importante que haja compreensão por parte do setor da saúde, mas também por toda sociedade que o PSF tem limites intrínsecos

(modelo de formação e prática dos médicos ainda vigente) e extrínsecos (imposições materiais históricas inerentes ao neoliberalismo). Afinal, quem ousaria dizer que projetos que incentivassem a produção-distribuição sustentada de alimentos por ao menos uma década para locais críticos (zona rural e urbana), onde pessoas vivem abaixo da linha da pobreza não trariam melhores resultados aos programas de saúde deste tipo? Será que o sucesso dos programas de assistência à saúde familiar não teriam maior eficiência na promoção da saúde se estivessem intimamente vinculados a programas como horta/agricultura familiar, restaurantes nas periferias oferecendo alimentação rigorosamente balanceada, gratuitamente e diariamente, leite regularmente para crianças, gestantes e idosos, fornecimento de água seguramente tratada, adequação de esgotos, ainda que com a utilização de fossas preconizadas, regularização mínima das moradias e urbanização de favelas e assentamentos, poder aquisitivo mínimo garantido com trabalho remuneração satisfatoriamente permitindo que através da possibilidade de compra orientada para as necessidades materiais haja elevação da linha de pobreza, etc., ?

Somos forçados a admitir que haveria “eficiências distintas” entre um PSF com cesta básica/ leite e remédios se comparado com um PSF sem cesta básica e sem leite, mas só com remédios. Estes elementos devem ajudar a definir os limites e possibilidades da promoção de saúde a partir do PSF.

A compreensão deste cenário e a viabilidade das propostas que se baseiam na idéia de que só um amplo conjunto de ações para promoção de saúde é que pode ter algum sucesso, necessitam de um amadurecimento intelectual que pode ser alcançado através das análises multidisciplinares e radicais das condições materiais alcançadas. No caso da reformulação do ensino médico atual, para que isto ocorra é preciso a intervenção de outras áreas do conhecimento que através de sua contribuição especializada não permitirão que a doença se esconda sob o manto da medicina e escamoteie a visão radical da sua origem. A tendência a um privilégio da assistência à saúde nas unidades básicas em contraposição àquela nos centros hospitalares, não parece favorecer uma compreensão radical e global do fenômeno ou processo do adoecimento, ainda que os profissionais da saúde desenvolvam uma visão biopsicossocial do paciente e suas necessidades.

Apesar dos incentivos e patrocínio por parte do governo em relação a estes projetos, eles nem sempre são capazes de sensibilizar os profissionais da saúde. O mercado de trabalho médico, as necessidades de saúde do povo brasileiro, as políticas públicas no contexto neoliberal, a formação médica ainda baseada na especialização, nas pesquisas e nos avanços científicos, dificultam encontrar médicos para um projeto piloto como de Rondônia onde “os médicos têm direito à Bolsa de R\$ 3500,00, moradia e uma passagem aérea mensal para seu estado de origem”. (PICCINI et al., *Projeto CINAEM 2000*, p.112)

Em 1999 o governo federal chegou a ameaçar o setor médico com o programa de legalização do médico cubano caso fosse rejeitado o projeto de interiorização da saúde. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e o CONFEMEL (Confederação Médica Latino Americana) reagiram contra o que chamaram de “política lesiva aos interesses dos médicos latino-americanos e do Caribe”. O CFM entendeu que poderia elaborar propostas para auxiliar a implantação do projeto, mas salientou a necessidade de remuneração digna e condições de trabalho para favorecer o assentamento de médicos nas longínquas regiões do país.

É importante estabelecer programas governamentais simultâneos de ações de saúde, como o PSF, e de atenção às necessidades materiais básicas, antes do estabelecimento das relações entre escola médica-SUS. É inviável elaborar planos educacionais voltados para assistência à saúde sem considerar os aspectos citados. Do mesmo modo é relevante a conscientização de que estes projetos estarão longe tanto dos interesses de grupos dominantes locais, quanto dos interesses do capital mundial ao qual o Terceiro Mundo está submetido.

Em resumo, estes programas se encontram diante de dois fenômenos médico-sociais importantes e que são alimentados pela estrutura econômica neoliberal: 1º) o empobrecimento-adoecimento em escala crescente e que não é acompanhado (qualitativa e quantitativamente) pela assistência à saúde proposta na forma de seguimento ambulatorial-domiciliar preventivo/curativo que, teoricamente, tem melhores chances de promoção de saúde efetiva, mas não pode intervir nas condições de subsistência, exceto como contribuição na forma de ação política; 2º) associado a isto, reconhecidamente a atividade médica na forma de plantão é melhor remunerada.

1.5) O exercício da medicina na perspectiva de um novo intelectual

As mudanças no mercado de trabalho médico, principalmente no último quartel do século XX, ainda não chegaram ao fim e têm sofrido das mais variadas formas as influências do neoliberalismo como, por exemplo, através da ciência e tecnologia, do empobrecimento mundial e do avanço de doenças, da mercadorização da medicina, entre outras situações. O perfil do médico tem mudado em função destas variáveis que interferem diretamente no mercado de trabalho. Há um crescimento do trabalho médico assalariado e redução da atividade como profissional liberal. Nós acreditamos que em função destas alterações nas relações de produção, entre a ação do médico e a sociedade contemporânea pode haver uma transformação no seu papel tradicional junto à própria sociedade. Com isto suas ações não poderiam ficar limitadas ao campo da prevenção e cura, mas englobariam a ação política que, por sua vez, seria elemento motivador imperativo da prática cotidiana.

Baseados na categorização criada por GORENDER¹³⁷ e respeitando os pressupostos teóricos e filosóficos por nós adotados, o fenômeno atual do crescente assalariamento médico pode adquirir outro significado, ao mesmo tempo profundo e ambicioso. Não se trata, como nesta pesquisa, de atribuir ao médico o papel de representante social, exclusivo e/ou principal, o que seria utópico ou idealista, e nós até entendemos como mais uma especulação, ou abstração da função historicamente delegada à medicina e, portanto, ao médico. Nós defendemos que estes profissionais podem ter um papel ativo e decisivo nas transformações materiais sociais se carregarem para o campo da educação e assistência médicas a reflexão crítica e global sobre o processo de adoecimento, o que será possível somente a partir do ingresso de outras áreas do conhecimento (história, política, economia, sociologia, etc.). Desta forma, caberia a este profissional que no processo de formação intelectual e durante o exercício da profissão desenvolve uma interpretação do mundo que oscila entre a possibilidade de promover a vida longa saudável e seu oposto – a doença e a morte –, partilhar sua visão peculiar com os demais atores sociais, também co-responsáveis pela promoção de saúde, cada um a partir de seu campo profissional.

¹³⁷ GORENDER, J. *Marxismo sem utopia*. São Paulo: Ed Ática, 1999, p230.

Neste processo, a interface entre “distintos campos científicos” que tem sido timidamente explorada ganharia *status* científico a partir do embasamento materialista histórico e da dialética *marxiana*, podendo então ser detalhada e ampliada. Esta prática talvez fortaleça as ações de transformação social e lhes dê maior sustentabilidade e legitimidade, pois a meta a ser perseguida é o esclarecimento social (permitido e facilitado pela totalidade de conhecimentos habitualmente encastelados na academia), que deve alcançar segmentos da população excluídos da reflexão teórica.

Segundo GORENDER (1999), haveria nos movimentos sociais uma possibilidade revolucionária se eles fossem liderados pelos assalariados intelectuais que dirigiriam o bloco dos assalariados. De acordo com as características materiais-ontológicas da sua profissão, os médicos apresentam um potencial significativo para promover as transformações concretas de que a sociedade carece. Mas para dar início a este processo é preciso dar-lhe formação intelectual ampla para que compreenda o significado lógico da saúde e do que é necessário para promovê-la. Aliás, esta tem sido nossa proposta nesta pesquisa.

O médico atualmente desempenha seu trabalho na penumbra, isto é, há uma meia luz iluminando os “porquês” da sua atividade. Quanto maior a luminosidade permitida a partir de novos e esclarecedores conhecimentos, maior a possibilidade de despertar sua capacidade transformadora. De acordo com os estudos que utilizamos, a medicina e o médico gozam de importância econômica, ideológica, política e social, que os torna “pontos estratégicos”. Isto reforça a idéia de grande poder transformador social, mas que está adormecido.¹³⁸ Uma meta a ser perseguida neste processo é tentar subsidiar a compreensão do paciente como sendo um indivíduo desprotegido, vulnerável, também em função, ou principalmente, devido ao modo de produção da vida atual.

Nesse sentido o médico pode trabalhar para denunciar e apontar o que falta para a construção de uma sociedade mais saudável a qual está atrelada à organização de uma sociedade no mínimo igualitária do ponto de vista material.

¹³⁸ ANGELL, M. *Privilege and Health – What is the connection?* New Engl Journal of Medicine, 1993: 329:126-7, entre outros vários autores, observa muito bem que a medicina tem interface com inúmeras áreas, algo nem sempre possível para outros setores.

Nesse sentido, ainda segundo GORENDER (1999, p231),

(...) Assim como Marx e Engels apostaram no proletariado industrial, em meados do século XIX, podemos agora, século XXI, apostar na classe dos assalariados intelectuais ... Mas os assalariados intelectuais, além de estarem em crescimento, são os detentores do fator cada vez mais decisivo no processo de produção, ou seja, o fator conhecimento(...)

Para nossa tese parece-nos muito oportuna esta proposição de GORENDER, pois embora ela possa ser negada em função de ainda prevalecer o lado sacerdotal-artístico da medicina, ou aquele tradicional excessivamente bio-técnico, procuramos demonstrar cientificamente que, radicalmente, a medicina possui, numa perspectiva ontológica, uma base materialista histórica. De acordo com isto, se consideramos o médico como sendo expressão do refinamento e da evolução humana no campo da promoção da saúde, principalmente no período moderno, é inegável que ele também tem dever moral e científico, além de compromisso de, no limite, evitar a morte.

E se, como pudemos notar, doenças como câncer têm também relação com as condições materiais e estas, por sua vez, são dependentes e determinadas pelo modo como o homem nas suas relações com os outros transformam a natureza e a si mesmos, podemos inferir que numa abordagem mais avançada da educação médica, não cabe mais formar médicos para atuarem limitados às ações curativas, preventivas, e da epidemiologia, na luta contra doença e a morte.

O médico deve compreender detalhadamente a construção material histórica da doença que por sua vez está atrelada à construção material histórica do homem em sociedade e é definida a partir das suas necessidades materiais. Com isto as concepções da medicina com sendo “sacerdócio ou arte” podem ser definitivamente abolidas evitando que se mantenha uma falsa idéia da figura do profissional, do seu poder e da sua onipotência. Estas idealizações “originais” que surgiram a partir das mais remotas relações entre medicina e sociedade e que também expressam desde então as relações humanas entre dominantes e dominados, ainda estão na raiz das análises e propostas pedagógicas para o campo da medicina.

Durante o século XX percebemos que ambas as idéias foram favorecidas pela associação medicina-tecnologia e serviram, neste mesmo período, para engrandecer a

ação da técnica e esconder a exploração capitalista (face onipotente que se perpetua com projetos como GENOMA).

Agora, se realmente considerarmos a medicina como uma área que permite estudos científicos de base materialista-histórica, e onde é imprescindível para maior compreensão do fenômeno doença-doente-adoecimento o aluno e/ou o profissional adquirirem conhecimentos oriundos de outra área, poderemos então criar uma nova meta para o médico alcançar, qual seja, a de estabelecer uma adequação entre o desempenho profissional e o desenvolvimento material humano, ambos direcionados para construção de uma sociedade menos desigual do ponto de vista material.

Desta forma, o médico pode abandonar a posição histórica construída predominantemente ao longo dos séculos XIX e XX de eminente curador-preventivista, ou pesquisador “neutro”, “a-histórico”, e passar a ter uma postura crítica e de liderança na escolha de conhecimentos das mais variadas áreas e mesmo atuar em conjunto com elas, sem desprezar os aspectos curativos–preventivos e da pesquisa, fazendo valer sua posição social de detentor de conhecimentos que lhe permite poder coordenar algumas das transformações sociais.

Aqui “nossa especulação filosófica” de “consciência expandida-ampliada” é incorporada à categoria do “intelectual assalariado” de GORENDER (1999), e permite polarizar, nós, nos médicos e, ele, nos profissionais em geral (intelectuais assalariados), a responsabilidade de organizar o conhecimento produzido até hoje na direção de uma transformação social efetiva, lógica. Uma das principais tarefas para estes intelectuais é a de filtrar a avalanche constante de conhecimentos específicos produzidos, usando para isto o caráter inter e multidisciplinar destas informações que lhes confere eficácia na construção material social para humanidade.

Esta é uma opção-alternativa para o processo médico-educacional que não pode ser ignorada e também não deve ser imposta. LOWY¹³⁹, citado por GORENDER (1999, p234), admite que diante do socialismo e da barbárie, Rosa Luxemburgo, nas preliminares da 1ª Guerra Mundial, apresentou o socialismo como possibilidade que a história favorece, porém não impõe de maneira inevitável. Assim, parece-nos, será certamente uma tomada de postura, uma opção a ser adotada sem imposições, mas

¹³⁹ LOWY, M. *Método Dialético e Teoria Política*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978

baseada em elementos concretos do cotidiano que devem ser interpretados pelas áreas do conhecimento específico atuando de forma inter e multidisciplinar, para estimular e possibilitar o amadurecimento intelectual social que gradativamente vai tornando-se mais amplo. Esta tomada de decisão pode se concretizar a partir de certas diretrizes, ou certas orientações teóricas que quanto mais convincentes, mais podem ser aceitas aumentando as chances de sucesso para construção de uma sociedade menos desigual. Do contrário, pode se manter o fortalecimento do ideal capitalista como demonstra o avanço do neoliberalismo.

A idéia de socialismo possível pode ser encarada como um possível resultado daquilo que propomos nesta pesquisa no que se refere a reformulação das bases teóricas- filosóficas da formação médica, além de ser coerente e cientificamente embasada, pois vincula a opção à necessidade de conscientização, esclarecimento. É prudente evitar elaborações e discussões sobre a reforma pedagógica se as condições materiais mínimas para sua concretização não forem oferecidas. Mas, isto não quer dizer que seja possível ter o domínio pleno da situação, pois há que se contar “no surgimento da sociedade socialista com fatores determinantes e fatores caóticos e casuais” (GORENDER, 1999, p233).

A partir da nossa pesquisa, com os pressupostos teóricos que definimos, o projeto educacional que emerge é viável e está dialeticamente com condições materiais históricas da sociedade que chega ao século XXI. Com ele temos como possível o ingresso da medicina na corrente contra o capitalismo neoliberal. Neste sentido o médico e a medicina ganham uma nova atribuição junto à trama das relações sociais que estaria de acordo com GORENDER (1999, p234):

“(...) O Objetivo socialista se colocará para as tendências anticapitalistas radicais, que os próprios males do capitalismo suscitarão. Este objetivo se implementará sob forma e conteúdo muito variados, de acordo com as peculiaridades históricas de cada povo. Será preciso rejeitar decididamente toda pressão pela uniformidade, seja qual for o pretexto(...)”.

Nós defendemos que "os males do capitalismo" têm suas peculiaridades no Terceiro Mundo e conseqüentemente no Brasil. Entretanto, tais muitos “males” brasileiros possuem raízes históricas. A medicina deve interpretá-los também como expressão da dinâmica de uma sociedade que ainda não se desvencilhou

completamente da condição de colônia. Prova disso é a presença, ou o ressurgimento de algumas doenças endêmicas e epidêmicas e principalmente a contradição entre as condições materiais existentes e possíveis graças a riqueza de recursos do Brasil e as condições em que vivem a maioria dos homens que, certamente, no mínimo são co-responsáveis pela gênese de doenças.

A sociedade brasileira, neste momento de vitalidade política, tem nas mãos a possibilidade histórica de dar curso à construção do estado burguês, segundo as afirmações de SAMPAIO Jr. (2001). Neste caso, a medicina, através da educação médica e sua interferência na assistência, ao lado de outros setores sociais poderia contribuir para dar curso às mudanças sociais necessárias mantendo-se fiel ao seu caráter “material-ontológico”. Como já dito, isto não ocorrerá se restringirmos ao campo médico as análises e intervenções na dinâmica do processo educacional, ou se somente nele quisermos encontrar um único significado para o ensino.

De acordo com as necessidades que identificamos, a atualização do pensamento *marxiano* serve à reformulação do modelo de educação médica de modo a lhe dar coerência e sintonizá-la às reais "necessidades sociais" de saúde, permitindo que desprezemos aquilo que ilude e nos faz "patinar" sem avançar. Como sabemos, o pensamento *marxiano* atravessou o século XX subsidiando mudanças significativas precisamente no setor da saúde e que não pouparam a educação e assistência médicas. Mas, as críticas (“a-históricas”) a este arcabouço teórico se fundamentam no seu fracasso sem considerar as variáveis históricas e confundem a vitalidade e atualidade das análises de Marx, que ainda nos são úteis, com a garantia do sucesso nas mudanças que sociedade necessita, suscitadas por elas.

“(...) Nenhuma justificativa existe para continuar suportando a carga do que não passou pela prova da história ... mas podemos e devemos conservar o legado revolucionário de Marx e Engels, uma vez que constitui a concepção teórica mais avançada e um método de investigação que, atualizado pelas conquistas científicas de outras correntes de pensamento, será capaz de aprofundar o conhecimento da vida social (...)”.(GORENDER, 1999, p236)

Nós entendemos que com o crivo da história os problemas habitualmente admitidos como da “esfera médica” podem ser “revisitados” por outras áreas específicas do conhecimento que fornecerão novas e adicionais informações e estas,

por sua vez, na perspectiva do pensamento *marxiano*, tendem a confluir diante dos desafios comuns que a própria humanidade se coloca. Isto é uma forma de “atualizar” a obra de Marx que poderia ser coroada com uma nova forma de associação política e científica institucionalizada, multi e interdisciplinar, voltada para as pesquisas que consagrem o imbricamento das informações em história, educação, medicina, economia, estatística, ciência política, sociologia, geografia, ecologia, etc.

Trata-se de lidar com problemas que aparentemente são médicos, mas que essencialmente pertencem a toda sociedade, principalmente àquela porção privilegiada que graças a satisfação das condições materiais de subsistência, desde cedo, atingiu um nível de desenvolvimento intelectual que, em teoria, pode ser ampliado a partir do estabelecimento de novas e mais complexas conexões nervosas (talvez em porções “adormecidas” do cérebro!) que são possíveis a partir do acesso às novas informações. Ou seja, hoje a possibilidade de superar a alienação renova-se também a partir da integração do conhecimento específico. E a motivação para que esse processo se concretize deve ser extraída das análises fundamentadas no materialismo histórico e na dialética *marxiana*.

Quando nos propusemos, inicialmente, a resgatar o trabalho de ENGELS (1975) para que obtivéssemos uma descrição próxima do real da sociedade moderna industrial original e a partir dela poderemos entender como se estruturaria o novo modelo de ensino e prática da medicina (Relatório FLEXNER-1910), estávamos cumprindo de certa forma, por opção teórica- filosófica, esta trajetória científica defendida por GORENDER (1999) e com a qual concordamos. Realmente são expoentes intelectuais de referência para a sociedade moderna que ainda acredita em transformações efetivas a partir de uma estratégia científica e não utópica.

1.5.1) Conhecimentos específicos e ações gerais

Esta fundamentação apresentada poderia reformular e atualizar a atividade profissional do médico naquilo que cabe à própria medicina que é alterar as condições materiais sociais através da promoção da saúde. Assim, o médico seria um agente transformador por estar em contato, de um lado, com as condições da saúde da

população e, de outro lado, por ter acesso à produção científica e tecnológica inerentes ao complexo médico industrial, que também está ligada à medicina embora nem sempre com a prioridade de promover saúde. Ambas expressões de uma mesma realidade que é muito mais ampla e complexa do que julga a interpretação médica atual. A falta das análises globais que incluam as condições materiais sociais e sua relação com a promoção de saúde interferem no fenômeno educacional e profissionalizante e podem também estar na base da especialização:

“(...) Procede-se como se a especialização fosse toda a medicina ... como se o atendimento especializado fosse toda a assistência. O resultado é uma crise de eficácia da clínica, somada, paradoxalmente, a uma outra crise denominada de custos crescentes – para mesmos resultados se gasta cada vez mais dinheiro, consultas, exames, etc.(...)”¹⁴⁰

Uma das grandes pendengas relacionadas à formação médica contemporânea é o fato de até hoje não se ter encontrado um modo de fazer convergir a ação do médico especialista para ações mais gerais e/ou básicas. Com exceção de alguns modelos de assistência saúde, como o cubano, nos quais estão incluídas as policlínicas docentes, *grosso modo*, também incumbidas de dar ao especialista uma visão integrada da importância da sua área de especialização junto à saúde da comunidade, a maioria entende que a assistência especializada deve ser feita nos centros especializados. Mas é importante notar que há uma modificação recente na atividade profissional do médico especialista que deve ser aproveitada do ponto de vista educacional-assistencial conforme expusemos acima. Ocorre que no contexto atual o mercado de trabalho tem sido contemplado com o crescimento do número de especialistas. Progressivamente, à medida que o mercado se torna saturado pelos especialistas e há modificação do padrão de remuneração pela redução de ganhos, estes profissionais passam a buscar novas fontes de renda desvinculados da sua especialidade. No final temos um especialista atuando em atividades gerais. Uma proposta para reflexão que atenderia o mercado de trabalho, as carências da população, oferecendo avanços da ciência aos usuários da rede básica e aliviaria a assistência terciária, seria poder inserir estes especialistas na assistência primária após dar-lhes formação generalista básica necessária.

¹⁴⁰ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p. 82.

Para nós o nexu de uma atividade médica generalista e uma atividade especialista só podem ser descobertos e definidos a partir de uma compreensão histórica dos progressivos avanços tecnológicos em concomitância com uma crescente necessidade de dominar fatores interferentes na saúde que são cada vez mais complexos e interdependentes, ou seja, a integração generalista-especialista se dá pelas atividades teórico-práticas conjuntas. E a necessidade do especialista pode ser maior se os indivíduos não morrerem, ou adoecerem precocemente devido as más condições materiais de sobrevivência.

Devemos ressaltar e criticar o viés analítico-conceitual que foi criado pelo uso abusivo da tecnologia e da especialização que fizeram com que, no final do século XX, surgisse uma tendência talvez tão esmagadora quanto aquela excessivamente biológica e hospitalar do início do mesmo século, tentando implantar um modelo de assistência que privilegiasse o maior número de pessoas e numa forma de assistência "humana" e no local onde vivem os excluídos.

Atualmente há um imbricamento de fatores que interferem na possibilidade de gerar saúde que até algumas décadas atrás não recebiam a devida atenção embora já fossem conhecidos. Neste caso percebemos hoje que o fator tempo fora fundamental para compreender o grau de desenvolvimento científico-tecnológico atingido no sistema capitalista, cujo serviu à medicina, assim como permitiu-nos detalhar os interesses dos pacientes e os interesses do complexo médico industrial.

Baseado nisto é preciso compreender que o alto custo da medicina é apenas um dos enfoques da velha história da relação entre medicina e ciência-tecnologia-indústria. Admitir “o custo” como maior ou principal problema da especialização é um equívoco.

Hoje a polarização que se faz no ensino clínico/generalista se baseia em elementos que são a expressão da distorção na educação e assistência médicas. O incentivo da formação de generalistas se fundamenta no fato de que a assistência especializada é onerosa e pouco resolutive, mas não se questiona por que o custo é alto, ou se haveria outra possibilidade de exercício da medicina especializada sem que ela fosse considerada “rival” da atividade clínica do generalista. Outro fato que permeia a relação de “uso e abuso” da especialização é a utilização indiscriminada da

tecnologia que tem como responsável o próprio capital multinacional que cria mecanismos para que sejam empregados quaisquer avanços tecnológicos. A pesquisa médica pode ser direcionada para solucionar um problema influenciada pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos(LANDMANN, 1986,1985).

O outro fundamento que orienta a formação generalista é a existência de inúmeras doenças que podem ser melhor tratadas e/ou prevenidas pelo clínico geral, mas não há questionamento se estas doenças não poderiam ser melhor tratadas a partir do oferecimento de melhores condições materiais de vida para aqueles que não necessitam só de “médicos generalistas”.

Talvez a questão não seja ficar interferir exaustivamente naquilo que é do especialista e o que é do “generalista”, mas compreender porque num local determinado, a demanda da população pode orientar as ações médicas numa direção nem sempre proposta pelos educadores médicos e burocratas.

As especializações que na realidade são decorrentes dos próprios avanços tecnológicos e do aprofundamento do conhecimento, atualmente encontram forte oposição governamental devido à própria conjuntura/estrutura política-econômica definida pelos princípios do neoliberalismo, com redução das funções e gastos do estado ao mínimo. Como a assistência à saúde não pode ser abandonada totalmente, os recursos já escassos reservados à saúde são gastos naquilo que é menos oneroso, isto é, atenção primária, que tem se mostrado um serviço nem sempre atrativo para os médicos em geral, talvez mais habituados à ideologia e ao convívio com a tecnologia de ponta, bandeira do capital multinacional.

O incentivo à formação de generalistas em detrimento de especialistas reforça a intenção de alterar o eixo da educação médica com auxílio da mudança do local onde se dá a assistência e formação profissional

“(...) Inevitavelmente, portanto, haveria que se proceder a um deslocamento do eixo sobre o qual é realizada a formação de profissionais da saúde: a maior parte do ensino de graduação não pode continuar encerrada nos especializados hospitais universitários(...)”¹⁴¹.

¹⁴¹ Ibidem, p.83.

Ninguém pode garantir que incentivando e privilegiando a assistência à saúde primária/básica haveria maiores benefícios para os pacientes, afinal esta modalidade pretende assistir aqueles que estão mais próximos da pobreza, do analfabetismo, da fome, da violência, da criminalidade, do baixo poder aquisitivo, das más condições de moradia e saneamento, etc. Este privilégio da assistência primária em detrimento da terciária promove o sucateamento dos vários serviços de assistência à saúde estruturados ao longo de décadas com dinheiro público que passam a ser vistos muito mais como deficitários, justificando a retração do Estado Previdência e a falta de investimentos e manutenção. Toda esta estrutura hospitalar vem sendo aproveitada pelas empresas de saúde privadas como parte dos negócios neoliberais onde o governo oferece sua parte.

É preciso diferenciar a utilização necessária das especialidades assim como seu caráter inevitável devido aos avanços tecnológicos e científicos, da má utilização destes mesmos avanços determinados pelo capitalismo. A medicina assiste a população em três níveis de atendimento que são importantes e devem coexistir. Estudos para definir o quanto se utiliza de um ou de outro nível e o porque ainda não foram plenamente executados. Os reformuladores do currículo mundial e nacional estão bem sintonizados com o incentivo à assistência primária, mas se esquecem do principal motivo para se controlar o atual mau uso da especialização e da tecnologia que é o próprio enriquecimento do capital mundial investido neste setor nos moldes das sociedades capitalistas do Terceiro Mundo.

Nós ainda questionamos se o valor excessivo dado à assistência médica primária é uma carência real do povo, ou apenas um “fruto do desdobramento neoliberal” visto que a miséria, a doença, o sofrimento têm crescido mais rápido na periferia do que a capacidade dos governos sanarem as necessidades materiais e de infra-estrutura, mesmo em países desenvolvidos. Os efeitos das políticas neoliberais são globais. Talvez a história fosse outra se na periferia, antes do médico, chegasse esgoto, água tratada, informação e educação, alimentos necessários e em quantidades preconizadas para a existência material humana saudável.

A noção sobre o que é o processo de adoecimento é fundamental diante de algumas colocações: “A razão mais forte para justificar este movimento está em que

não é possível formar bons clínicos, nem ensinar saúde pública, apenas em serviços altamente especializados”.(PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p.83)

Ora, a inclusão da assistência primária no processo de formação médica deve ser feita sem uma comparação superficial como esta dos níveis de assistência, devendo ser preservada a noção exata do seu alcance e dos seus limites assistenciais e educacionais.

Se os autores consideram difícil formar um médico adequado às nossas necessidades somente a partir de hospitais especializados, e daí uma justificativa para o “deslocamento do eixo” da educação médica, nós consideramos tarefa inútil e desgastante formar profissionais preferencialmente a partir da assistência primária sem uma formação política prévia que os faça compreender a realidade material da qual fazem parte antes de “medicalizá-las”, o que os leva a incidir no mesmo erro que os colegas formados a partir da base hospitalar. Diríamos que enquanto critica-se a “medicalização centralizada” mais antiga e tradicional que é a da assistência nos hospitais, clínicas, centros universitários, procede-se à uma “medicalização” na periferia das cidades.

Esta postura educacional não muda ao abordarmos o tema “Educação médica e serviços de saúde”¹⁴², e pode subsidiar a discussão sobre como, quando e onde ensinar ao aluno de medicina aquilo que é prioridade para que seja um profissional que resolva de forma satisfatória os principais problemas de saúde, mesmo sendo um especialista, não restringindo sua noção de ação médica e sua ação propriamente dita à atividade especializada¹⁴³.

Entende o autor que

*“(...) os desafios da formação médica estão, portanto, ligados aos desafios da assistência. O segredo para uma formação médica adequada estaria guardado junto com o segredo dos modos como poder-se-ia reformar a clínica e a saúde pública. A reforma do ensino depende da reforma dos saberes e práticas que reorientam a clínica e a saúde pública (...)”*¹⁴⁴.

¹⁴²CAMPOS , GWS. *Educação médica e serviços de saúde*. IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM* , 2000, p.79.

¹⁴³Ibidem, p 82. CAMPOS cita RIBEIRO, JM. *Ciência, Arte e ação na conformação da técnica*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro/ENSP/FIO CRUZ, (1995).

¹⁴⁴ Ibidem, p.83.

Nós admitimos que a relação ensino-assistência nos seus mais variados matizes é dialética e influenciada e/ou determinada por fatores que não podem ser encontrados exclusivamente no campo da medicina através dos conhecimentos e atividades práticas a ele relacionados. As mudanças tanto na educação médica quanto no modelo de assistência médica devem ser um meio de modificar a sociedade e não um fim pretendido de transformações mais atraentes para a própria medicina.

Em qualquer proposta de reformulação educacional que pretenda ser efetiva, a reflexão histórica sobre a atividade profissional numa perspectiva de transformação social é necessária. Isto é inseparável da medicina moderna pois foi neste período de desenvolvimento da humanidade que o homem, imbuído de racionalidade e riqueza material tentou promover saúde concretamente. Trata-se hoje, portanto, mais do que propor ações médicas práticas imediatas, compreender o que a medicina – ensino-prática -, necessita para fazer avançar o significado da promoção da saúde, o que inclui, necessariamente como já vimos, a satisfação material das necessidades humanas mais básicas.

Em resumo, a remodelação administrativa-econômica das instituições de ensino ligadas à saúde para que sejam inseridas nos serviços de assistência médica primária existentes, mobilizará recursos financeiros que, parece-nos, certamente não virão das escolas. Esta modificação proposta como uma das principais soluções para a assistência à saúde nos dias de hoje, se tomada de modo desvinculado de uma compreensão do significado amplo da promoção à saúde que deve ser feita em conjunto com ações noutras áreas "não médicas", ideologicamente serve à classe dirigente, principalmente num país bem posicionado na classificação daqueles em que há mais desigualdades e pior distribuição de renda, para esconder raízes históricas profundas das doenças, adiando assim, novamente, uma transformação social material mais profunda onde a participação do médico catalisaria reações positivas, finalmente mantendo um modelo de abordagem da educação médica sempre "estranque", factual, fenomenológico, "a-histórico", o que dificulta a compreensão da gênese dos sistemas de assistência à saúde nacional, latino-americano e que não podem ser mais analisados como independentes da estruturação de outras áreas ligadas a promoção saúde (urbanismo, educação, produção agrícola, partição de renda, distribuição de riqueza,

etc.), e muito menos desligada do próprio desenvolvimento capitalista específico de cada nação, e que, do mesmo modo, não é independente do capitalismo mundial.

As dificuldades, portanto, de implantação deste modelo de ensino-assistência, não estarão somente ligadas à tradição médica dita "flexneriana" presente há mais de 50 anos, mas estará decididamente fadada a fracassar pela falta de uma adequação histórica às outras áreas de promoção à saúde, intimamente dependentes das condições materiais, além de manter a divisão de um modelo de assistência saúde para os miseráveis em grande parte na periferia (política compensatória) e um modelo distinto para os privilegiados, através de convênios médicos – ótimo negócio para investimento de capital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realidade, existem algumas proposições que podem ser extraídas desta pesquisa: de estritamente técnicas até aquelas que podem suscitar a tomada de consciência. Entretanto, há uma que deve, rigorosamente, subsidiar as discussões, reflexões e elaborações de propostas para que surjam alternativas que permitam intervir no processo pedagógico do aluno de medicina. Assim, nossa proposta central é trazer a discussão sobre a formação médica, portanto relacionadas à educação e ao currículo médico, para um outro campo da instrução onde não haja privilégio desta ou daquela área do conhecimento, evitando que o debate fique restrito aos domínios da medicina.

Deste modo, se espera a participação específica e especializada de várias esferas da ciência, além da própria medicina, na construção de um arcabouço teórico para orientar, primeiramente, a formação de médicos para o Brasil. Esta reunião de estudiosos pode fazer avançar as discussões, já em curso, as quais, por sua vez, se enriqueceriam a partir da reflexão crítica e histórica que a orientação e fundamentação filosófica inerente ao materialismo histórico e a dialética *marxiana* possibilitam. Nós entendemos que a partir destes pressupostos teóricos podem surgir, dialeticamente, elementos analíticos particulares e contemporâneos que contribuirão decisivamente para que a medicina e o médico cumpram seu papel social global que ainda é o mesmo desde os primórdios do homem e está atrelado a um ponto de vista “materialista-ontológico”, qual seja, o de promotor de saúde. Neste caso, a promoção da saúde como parte de uma planificação estratégica para o desenvolvimento e crescimento de uma

sociedade e que tem na medicina moderna seu representante formal, não será do domínio exclusivo dos médicos. Com isto, acreditamos que uma outra tarefa se apresente: superar a histórica idéia limitada de promoção de saúde que ainda prevalece.

De acordo com o materialismo histórico, a partir da indústria surgem os meios básicos, concretos para que o homem seja efetivamente conduzido a uma situação de satisfação material e, portanto, a um estado saudável (psíquico e somático), distanciando-se da morte. E, por que esta situação ainda não pôde ser alcançada suscita reflexões e respostas que incluem elementos similares àqueles que podem esclarecer os motivos pelos quais a educação médica atual insiste em conservar pressupostos teóricos que limitam a abrangência do processo de reformulação do currículo médico e sua interferência nos rumos da sociedade neste início do século XXI. Ou seja, à semelhança do que ocorreu no início do século XX quando a reformulação do ensino médico (Relatório FLEXNER) foi feita sem considerar radicalmente aquelas transformações sociais determinadas pelo desenvolvimento capitalista, hoje, através do Projeto CINAEM, também se pretende dar novos rumos à educação e assistência médicas sem haver um necessário detalhamento do imbricamento das políticas de saúde e educação com os princípios do ideário liberal, na forma de um “novo liberalismo”.

É importante lembrar que nas décadas de 80 e 90 tivemos ganhos para a sociedade ligados às mudanças institucionais e políticas, brasileiras e mundiais, e que ainda apontam para novos horizontes históricos talvez com a conseqüente possibilidade de uma medicina socializada, tecnicamente competente e comprometida com a vida. As mudanças na Constituição Brasileira (1988), os anos de democracia e eleições diretas que culminaram com a escolha de um ex-metalúrgico para presidente da República do Brasil em 2002, os estatutos protegendo os direitos da criança, do adolescente, das mulheres, os movimentos sociais reivindicatórios (urbanos e rurais) são alguns exemplos dessas transformações. E o Projeto CINAEM, desde o início, não está à margem desse processo que continua canalizando os desejos de modificação da formação médica.

No bojo dessas transformações é que situamos nossa pesquisa que sugere a eleição de um elemento aglutinador multidisciplinar que reúna educadores, médicos, leigos, cientistas..., além da criação de um órgão oficial e com legitimidade junto à sociedade visando estabelecer e consolidar um consenso social de que a promoção da saúde nacional não é tarefa exclusiva da medicina, mas sim um projeto social estratégico de crescimento e desenvolvimento econômicos.

BIBLIOGRAFIA

ALTHUSSER, Louis. *Análise crítica da teoria marxista*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

ANDERSON, Perry. *Considerações sobre o Marxismo Ocidental*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. *O fim da história: de Hegel a Fukuyama*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

ANGELL, MD. M.. *Privilege and Health - What is the connection?* The New England Journal of Medicine, 329:126-7, 1993.

ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

BALIBAR, Étienne. *A Filosofia de Marx*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

BEHRMAN,R.E; KLIEGMAN, RM; ARVIN, AM; *Nelson Textbook of Pediatrics*. E.U.A: 15^a ed. W.B. Saunders Company, 1996.

BERLINER, H.S. *A larger perspective on the FLEXNER Report*. International Journal of the health services, 1975 5 (4): 513-592.

BLANCHÉ, R. *A Epistemologia*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1975.

BOCK, A. Mercês Bahia. *Diretrizes curriculares: uma armadilha da política educacional*. PUC viva, revista. São Paulo 13 (20-23), 2001.

BOTEGA, N. J. et al. *Attitudes of medical students to necropsy*. Journal Clinical Pathology, vol 50, no 1, p. 64-66, 1997.

BROWN, P. *Marxism, social psychology and sociology of mental health*. Int Journal health serv, 1984 14(2): 237-264.

- BRUNHOFF, S. *A hora do mercado – crítica do liberalismo.* – São Paulo: Ed. Unesp, 1991.
- CAMARGO, CPF et al. *São Paulo 1975: crescimento e pobreza.* São Paulo: Loyola, 1976.
- CAMPOS, GWS. *Educação médica e serviços de saúde.* IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000.
- CARDOSO, C. F.; VAINFAS, R. *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia.* Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- CEBES. *Cuba : Saúde E Revolução. Antologia de Autores Cubanos.* Rio de Janeiro: Achiamé, 1984.
- CHAVES, M.; REIS ROSA, A. (ORGS). *PROJETO EMA: “Educação médica nas Américas - O Desafio dos anos 90”.* São Paulo: Cortez Ed., 1990.
- CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.* Série I; volume 16 - São Paulo: Cortez Editora/ Autores Associados, 1991.
- COHN, A & ELIAS, PE (coords.) *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo.* São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE PATOLOGIA, XX. Mesa redonda: *AUTÓPSIA.* Belo Horizonte, 29jul-01ago, 1995.
- _____, XXI. Mesa redonda: *AUTÓPSIA.* Brasília, 30/abr-04/mai, 1997.
- CORREIO POPULAR, jornal. Campinas(SP), 22 de setembro de 2002.
- CUNHA, L.A. *Educação e Desenvolvimento Social no Brasil.* Rio de Janeiro: F. Alves, 1975
- _____. *Políticas para o Ensino Superior no Brasil: até onde irá a autonomia universitária? Educação e Sociedade.* Ano VII, nº 55, ago, 1996.
- DEBESSE, M.; MIALARET, G. *A Renascença.* In: Tratado das Ciências Pedagógicas, história da pedagogia. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.
- DE VITA JR., VINCENT T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, AS. *Cancer: Principles & Practice of Oncology.* 4ª ed. Philadelphia : JB Lippincott Co., 1993.
- DOLL Jr., WE. *“Currículo: uma perspectiva pós moderna”.* Porto Alegre. Artes Médicas 1997.

EDITORIAL. *Residência Médica: falta de vagas e excesso de trabalho dificultam a qualificação dos jovens profissionais*. Incor-Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), revista. São Paulo nº 14, maio, 1996.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 3ª edição. São Paulo: Global editora, 1986.

_____. *A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*. Porto: Afrontamento, 1975.

FAZENDA, Ivani C. A. (Org.). *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

FERREIRA, J. et al. *Análise prospectiva da educação médica em América Latina*. Ed med y salud , revista. 1988 22(3) 277-292.

FEUERWERKER, LCM. *Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico*. Rev. Brasil. Educ. Médica, 23(2/3): 21-26, 1999.

FISCHMANN, R. *A política federal de educação nos Planos Nacionais de Desenvolvimento*. Escola brasileira. São Paulo: Atlas, 1987.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Bulletin 4, 1910. New York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Reproduced in 1960.

FOLHA DE S. PAULO, jornal, 24 de novembro de 2002.

FOLHA DE S. PAULO, jornal 1º de dezembro de 2002.

FOLHA DE S. PAULO, jornal 26 de dezembro de 2002.

FOLHA DE S. PAULO, jornal 24 de janeiro de 2003.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUGEYROLLAS, Pierre. *Ciencias Sociales y Marxismo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 9ª ed. Paz e Terra. São Paulo, 1998.

FRIGOTTO, G.; *O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional*. In FAZENDA, I., *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

GAMBOA, Silvio Sánchez; SANTOS Fo., José Camilo dos. *Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade*. São Paulo: Cortez Editora, 1995. (Questões da nossa época, v. 42).

_____. *A Dialética na Pesquisa em Educação: elementos de contexto*. In FAZENDA, I., Metodologia da Pesquisa Educacional. São Paulo: Cortez Editora, 1991, p.93-115.

GARAUDY, Roger. *Introducción al estudio de Marx*. México: Ediciones Era, 1975.

GENTILI, P. *La maldición divina? Las complejas relaciones entre los hombres de negocios y las políticas educativas*. Anped, 19ª Reunión, GT 02, set, 96.

GEORGE, S.; SABELLI, F. *La religion del crédito. El Banco Mundial y su Imperio Secular*. Barcelona: Colección Intermom, 1994.

GIBAJA, R. *Acerca Del debate metodológico em la investigación educativa*. In: OEA. *La educación*, Washington, n 103, 81-94, 1988

GORDON, B L. *Medicine throughout Antiquity*. Philadelphia: Davis & Co., , 1949.

GUNTHER LUSCHEN ET AL. *The integration of two health systems: social stratification, work and health in east and west germany*. Soc. Sci. Med, revista. 44(6), 1997, 883-899.

HAGGARD, Howard W. *El médico en la história*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1941.

HELOANI, Roberto. *Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar*. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

HOBSBAWM, Eric J. *A Era do capital: 1848-1875*. 4ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1988.

_____. *A Era das Revoluções: 1789-1848*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1996.

_____. *A Era dos Extremos: O breve século XX, 1914-1991*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

_____. *História do Marxismo*. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1983 XII volumes.

HUBERMAN, Leo. *História da Riqueza do Homem*. 21ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora S.A., 1986.

HUROWITZ, J.C.. *Toward a Social Policy for Health*. The New England Journal of Medicine, 329:130-3 , 1993.

- IANNI, O. *A Era do Globalismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.
- KELMAN, S. *The social nature of the definition problem in health*. International Journal of Health Services, 1975, 4, 625-642.
- KING, L. S. ; MEEHAN, M. C. *A History of the autopsy: a review*. American Journal of Pathology, vol. 73, nº 2, p. 514-544, Nov, 1973.
- KOMATSU, R. *Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular – Revista Brasileira de Educação Médica*, 1999, 23: 32-37.
- _____. *Desenvolvimento curricular: transformando docentes e discentes em busca de um novo processo de formação* IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000.
- _____; ZANOLLI, M; LIMA, V. *Aprendizagem baseada em problemas* IN MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L.(Coordenadores). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- KURZ, ROBERT. *O colapso da modernização*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- LANDMANN, J. *Evitando a Saúde & Promovendo a Doença*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.
- _____. *A ética médica sem máscara*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara dois, 1985.
- LOWY, M. *As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen: Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento*. São Paulo: Editora Busca Vida, 1987.
- _____. *Método Dialético e Teoria Política*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.
- LUNN, Eugene. *Marxismo y Modernismo*. México: Fondo de Cultura Economica, 1986.
- MAACK, T. *Reforma Curricular do Curso Médico da Universidade de Cornell*. FCM Unicamp, Revista – edição especial. 2000, III(1), 27.
- MACHADO, L. R. S. *Politecnia, Escola Unitária e Trabalho*. São Paulo: Cortez Editora/Autores Associados, 1989.
- MACHADO, M. H.; REGO, S.; TEIXEIRA, M. *Os males da Especialização médica no Brasil*. Ciência Hoje, Rio de Janeiro, vol 22, nº 130, p. 60-64, ago, 1997.
- MAFFEI, W.E. *Fundamentos da Medicina*. São Paulo : Artes Médicas, 1978.
- MANACORDA, Mario Alighiero. *História da Educação: da Antiguidade aos nossos dias*. 5ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

MANACORDA, Mario Alighiero. *Marx e a Pedagogia Moderna*. Série I, vol 5- São Paulo: Cortez Editora/ Autores Associados, 1991.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Nova cultural, 1985.

MARCUSE, Herbert. *A Ideologia da Sociedade Industrial*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARX, K & ENGELS, F. *TEXTOS : Introdução à Dialética da Natureza*. São Paulo, Edições Sociais, 1976.

_____. *A Ideologia Alemã*. 3ª ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1982.

_____. *Textos sobre Educação e Ensino*. 2ª ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992.

MARX, Karl. *Os Pensadores*. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

_____. *Obras Fundamentais*. XII Volumes. Ed. Fondo de Cultura Economica, Mexico, 1986.

_____. *O Capital*. 12ª ed. Rio de Janeiro : Civilização brasileira, 1971.

MERHY, E E. *Curso de Gestão Hospitalar – DMPS/FCM/UNICAMP* (aulas proferidas nos 2º e 1º semestres, respectivamente, de 1994-1995) IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000.

_____. *Gestão transformadora da Escola Médica: Um gestor de uma escola médica governa o quê ?* IN PICCINI et al., *Projeto CINAEM* , 2000.

MÉSZÁROS,I, *Filosofia, Ideologia e Ciência Social: ensaios de negação e afirmação Marx “filósofo”*. São Paulo: Ensaio, 1993.

MONDOLFO, Rodolfo. *Marx y Marxismo: estudios historico-criticos*. México: Fondo de Cultura Economica, 1986.

MURAD, Jamil. *A Privatização da Dor*. São Paulo: 1997.

_____. Um novo rumo para o IAMSPE. Março, 2000.

_____. Jamil Murad, Jornal do. setembro, 1999.

_____. junho, 1999.

_____. abril, 2001.

_____. junho, 2001.

. outubro, 2001.

NAVARRO, V. *What does Chile mean: an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration.* Milkbank Mem Fund Q Health Soc, 1974 52(2) p 93-130.

NATAL, D. E COSTA, AIP. *Distribuição espacial da dengue e determinantes sócio-econômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil.* Rev Saúde Pública v.32(3), São Paulo, 1998.

NUNES, César A. *Aprendendo Filosofia.* 6ª ed. Campinas: Editora Papirus, 1996.

O GLOBO, jornal. Rio de Janeiro, 10 de julho de 2001. Caderno de Economia.

OLIVEIRA, A. Bernardes. *A Evolução da Medicina: até início do século XX.* São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1981.

PICCINI, RX; FACCHINI, LA.; SANTOS, RC (Orgs). *PROJETO CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira.* Projeto CINAEM III fase / Relatório 1999-2000 / CINAEM, Pelotas: UFPel, 2000 (agosto).

PONCE, Aníbal. *Educação e luta de classes.* São Paulo: Cortez, 1996.

PROJETO FOME ZERO. *Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil.* Documento síntese. Out/2001.

REGO, RML. *Desenvolvimento capitalista e projeto nacional: Caio Prado Júnior e os impasses da experiência brasileira.* São Paulo em Perspectiva, Rev. 13 (1-2), 1999, p.203-213.

REYNOLDS, P et al. *Childhood cancer and agricultural pesticide use: na ecologic study in California.* Environmental Health Perspectives, 2002, 110 (3):319-324.

RIBEIRO, JM. *Ciência, Arte e ação na conformação da técnica.* Tese de doutorado, Rio de Janeiro/ENSP/FIO CRUZ, 1995.

RIZZOTTO, MLF. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.* Tese de doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2000.

ROSA, A R. *Ensino Médico: Atualidade de uma experiência.* Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.

SADER, EDER. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAMPAIO Jr., PA. *Origem e desdobramento da crise da teoria do desenvolvimento na América Latina*. São Paulo em Perspectiva, Rev., 13 (1-2), 1999, p196-202.

SAMPAIO JR., P. A. “*Modelo Econômico e o Problema da Fome no Brasil*”. IN : palestra na III Semana de Alimentação/2º SOS Fome na Faculdade de Engenharia de Alimentos (FEA), UNICAMP, Campinas, 17 out/2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice: o social e o político na Pós-Modernidade*. 3ª . ed. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

SAVIANI, D. *A nova lei da Educação: trajetórias, limites e perspectivas*. 5ª ed. São Paulo: Editora autores associados, 1999.

SCHAFF,A., *História e Verdade* – 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SCHUFTAN, C. *The challenge of feeding the people: Chile under Allende and Tanzânia under Nyerere*. Soc Sci Med, Rev.,1979 13C(2), p97-107.

SINGER, Paul. *Interpretação do Brasil : uma experiência histórica de desenvolvimento*. IN Boris Fausto (Org) *História Geral da Civilização Brasileira*, vol 11 - “O Brasil Republicano (1930-1964)”. 2ª ed. São Paulo: Difel, 1985.

SEN, AMARTYA. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

SILVA, ADEMIR ALVES. *A Assistência social em três cenários*. PUC viva, Revista. São Paulo, 2001, p 52-55.

SOUSA, MRC. *Ensino Médico e Necrópsia: Análise histórico crítica da formação médica*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação da PUC Campinas, 1997.

SPAULDING, WB et al. *The undergraduate medical curriculum (1969 model): Mc Master University*. Canad Med Ass. J, 1969 12(100) 659-664.

STRATUS, ES; MCALISTER, FA. *Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms*. Canadian Medical Association Journal 2000; 163 (7):837-841.

UREÑA, Enrique M. *Karl Marx, economista*. São Paulo: Edições Loyola, 1981.

VÁSQUEZ, Adolfo Sanchez. *Filosofia da Praxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

VEJA, revista, setembro de 1998.

VEJA , revista, novembro de 2000.

VEJA, revista, julho de 2001.

VEJA, revista, maio de 2002.

VEJA, revista, janeiro de 2003.

VIRCHOW, R. *Disease, life and Man*. Stanford: Stanford University Press, 1958.

WAITZKIN, H. *Is our work dangerous? Should it be?* Journal of Health Social Behavior, México, 39(1): 7-17, março, 1998.

_____. *A marxist view of medical care*. Ann Intern Med , 1978, 89 (2), 264-278.

WAGNER, R. P. *Rudolph Virchow and the genetic basis of somatic ecology*. Genetics, Rev., 1999, (151): 917-920.

WILKINSON, R. et al. “*Evidence of gene-environment interaction in development of tuberculosis*”. Lancet , 355:588-9, 2000.

YOUNGSON A.J. *Medical education in the later 19th century: the science take-over*. Medical Education, revista. 1989, 23(6) 480-491.

ZAIDHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ANEXOS

ANEXO I

Síntese do PBL (*“problem based learning”*)

ANEXO I

Síntese do PBL (“*problem based learning*”)

Alguns fundamentos do “PBL” segundo o modelo originalmente proposto e de acordo com SPAULDING et al¹. Os grifos são nossos e, *grosso modo*, nos remetem às matrizes da reformulação do ensino médico mundial, presentes nos projetos EMA (1990) e CINAEM (2000).

1º ANO (40 semanas):

Fase 1- Estrutura do normal e função (14 semanas): Nesta fase os alunos ocupar-se-ão com aspectos da **Biologia humana**: anatomia, histologia, embriologia, genética, fisiologia, exame físico (semiologia humana), comportamento humano habitual, atitudes e ética profissional, estatística biomédica. Aqui se enfatiza o uso da biblioteca. O ensino será de acordo com a “aproximação”, a proximidade. Ex.: quando os alunos aprenderem sobre a estrutura e função do olho eles também aprenderão como o médico examina o olho para testar sua integridade, seus mecanismos de controle, etc. (fisiopatologia). Vendo pacientes com problemas nos olhos os alunos aprenderão detalhes da patologia, mas também verão que a doença é um desvio do estado de saúde.

Fase 2 – **Mecanismos biológicos anormais** (6 semanas) – tópicos maiores incluem: características gerais das respostas celulares à injúria, infecção e ação das drogas; inflamação, imunopatologia, genética e doença; comportamento anormal.

1º PARA 2º ANO

Fase 3 – Estrutura e função anormal (40 semanas - faz a transição da 2ª metade do 1º ano para a 1ª metade do 2º ano) – porção do currículo organizada por sistemas – hematopoiético, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário (eletrolítico), nervoso, locomotor, endócrino/reprodutivo - e inclui aspectos relevantes do

¹ SPAULDING, WB et al. *The undergraduate medical curriculum (1969 model): Mc Master University. Canad Med Ass.J* 1969 12(100) 659-664.

comportamento anormal, ética, estatística biomédica e medicina reabilitadora. Cada sistema também será estudado através da integração de aspectos relevantes da: anatomia, bioquímica, fisiologia, microbiologia, patologia, farmacologia, psicologia e epidemiologia. Divididos em blocos de 5 semanas, cada grupo de tutores da faculdade se responsabilizará pelo planejamento do ensino. Cada membro/tutor ficará com 4 alunos. Um tema de interesse comum será listado dentro de um sistema. Por exemplo: o planejamento da divisão cardiovascular consiste em um patologista com interesse maior em aterosclerose e doença coronariana, um radiologista com experiência em angiografia, um epidemiologista ligado ao estudo dos fatores de risco da doença coronariana, um cirurgião cardiovascular que pesquisa trombose e um cardiologista clínico.

Demais componentes do programa:

Fase 1 à 3: programa horizontal de 1h/dia tempo dedicado a consideração de problemas relacionados a atitudes profissional, ética, comportamento anormal, reabilitação em medicina, estatística biomédica e epidemiologia.

2º ANO

Eletivas (facultativas): dois períodos de 6 semanas depois da fase 3: aprofundamento no conhecimento biomédico. Vários campos de atuação:

- 1) experiência em laboratório de pesquisa – com indivíduo ou grupo de pesquisadores
- 2) experiência numa unidade clínica com indivíduo ou grupo
- 3) associar-se ao grupo onde as atividades envolvem várias unidades de ensino e laboratórios como, por exemplo, epidemiologia e processamento de dados.
- 4) Experiência com ensino em instituições, universidades, clínicas, etc., após aprovação da própria universidade.
- 5) Trabalho-curso em escolas graduadas.

Em resumo a proposta é oferecer duas categorias de disciplinas “eletivas”: uma planejada pelos próprios membros da faculdade e outra dependente do planejamento e interesse dos próprios alunos, aceitável na própria faculdade.

Habilidade clínica (1 semana) – tirar a história, examinar e planejar a investigação e tratamento serão organizados para vincular e coordenar o que já foi

aprendido sobre patogênese dos sintomas e sinais, quando os alunos assumem responsabilidade com os pacientes (*clerkship*).

2º PARA 3º ANO –

Fase 4 (40 semanas) - (*clerkship*) - Atividade obrigatória, ou dever de consultório, atendimento - são 4 blocos intercomunicáveis/permutáveis:

- 1. Medicina**
- 2. Prática de medicina da família (aspectos preventivos e de reabilitação);**
- 3. Cirurgia e Psiquiatria**
- 4. Pediatria, Obstetrícia Ginecologia**

ANEXO II

ANEXO II

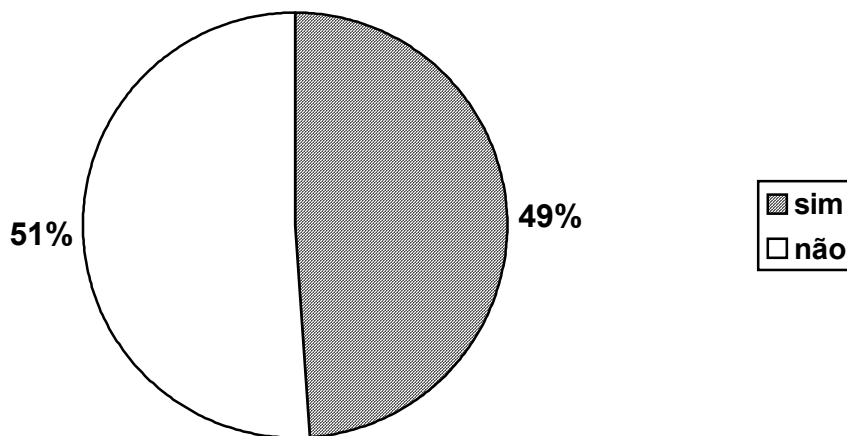
Dados e indicadores relacionados ao perfil sócio-econômico de algumas cidades brasileiras contempladas com o Programa de Saúde da Família (PSF); proporção do subsídio financeiro governamental para assistência à saúde; propostas do Banco Mundial para o setor da saúde.

a) Recursos do Banco Mundial para América Latina e Caribe - exercício 1999.
(RIZZOTTO, 2000, p.98)

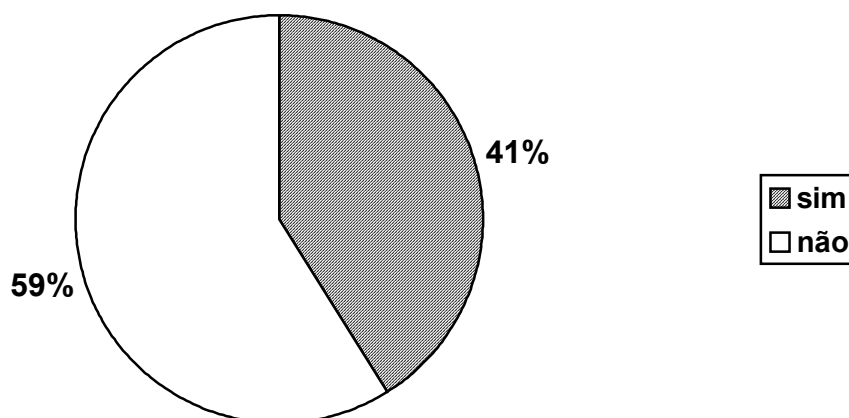
b) Síntese das propostas do Banco Mundial para o setor saúde (1993)- (RIZZOTTO, 2000, p.136).

c) Perfil sócio-econômico de algumas cidades com Programa de Saúde da Família (PSF)².

Hospitais nas Cidades com PSF

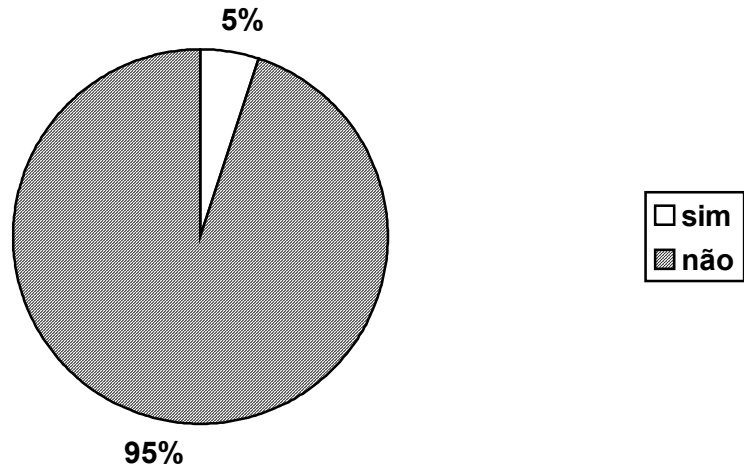


Programa Nacional da Agricultura Familiar nas Cidades com PSF

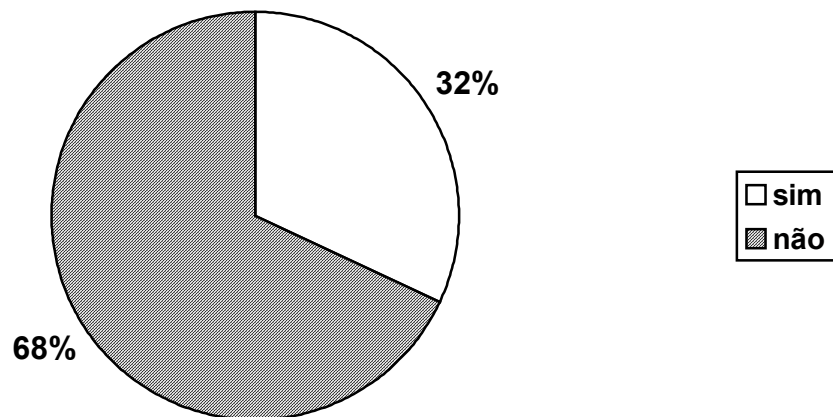


² Fonte: http://www.presidencia.gov.br/estr_02/secExec/AP160027.htm. De 26/11/2001.

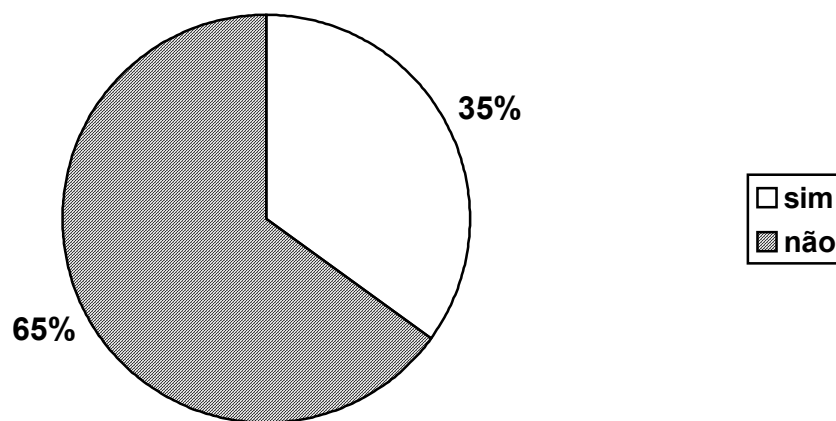
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil nas Cidades com PSF



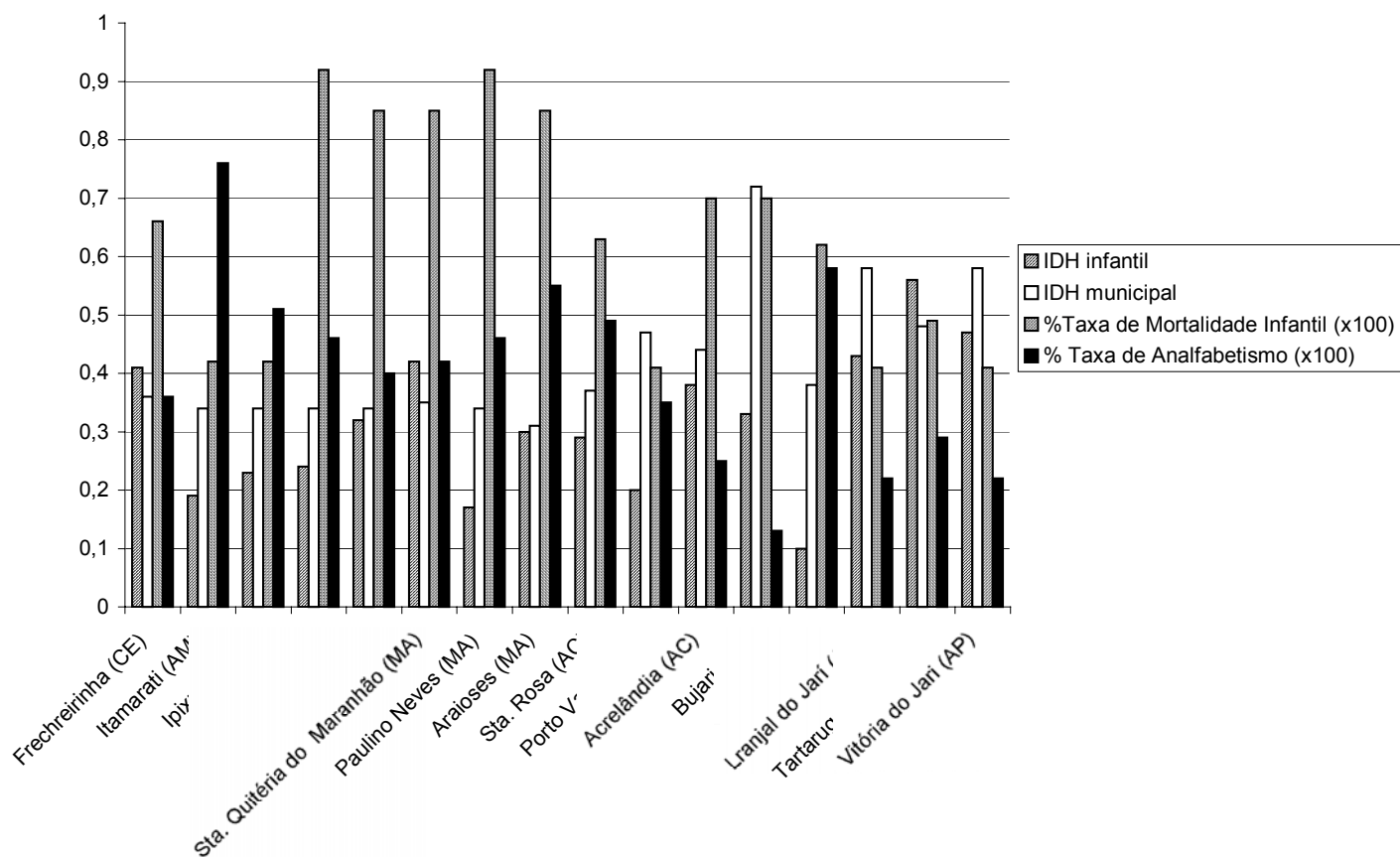
Programa de Redução da Mortalidade na Infância nas Cidades com PSF



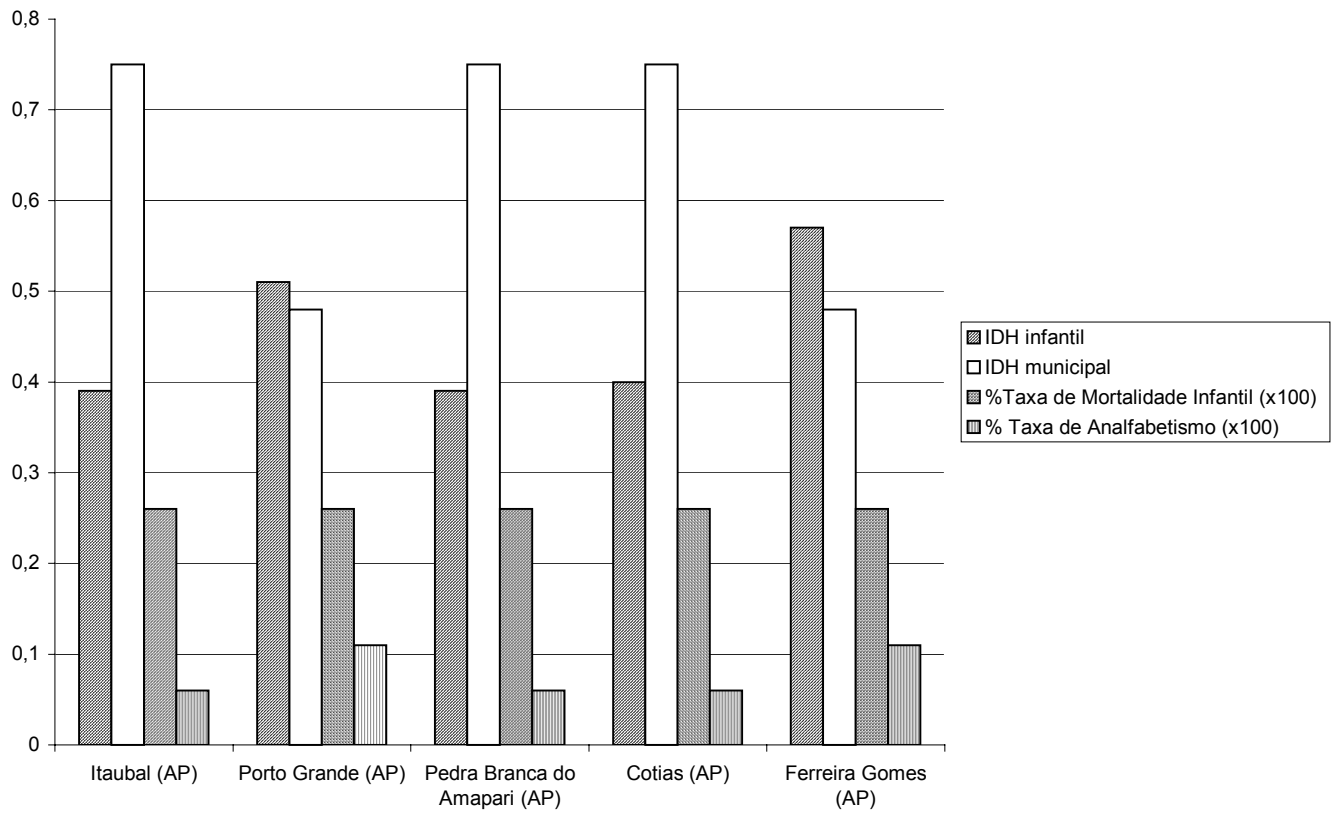
Programa Nacional de Reforma Agrária nas Cidades com PSF



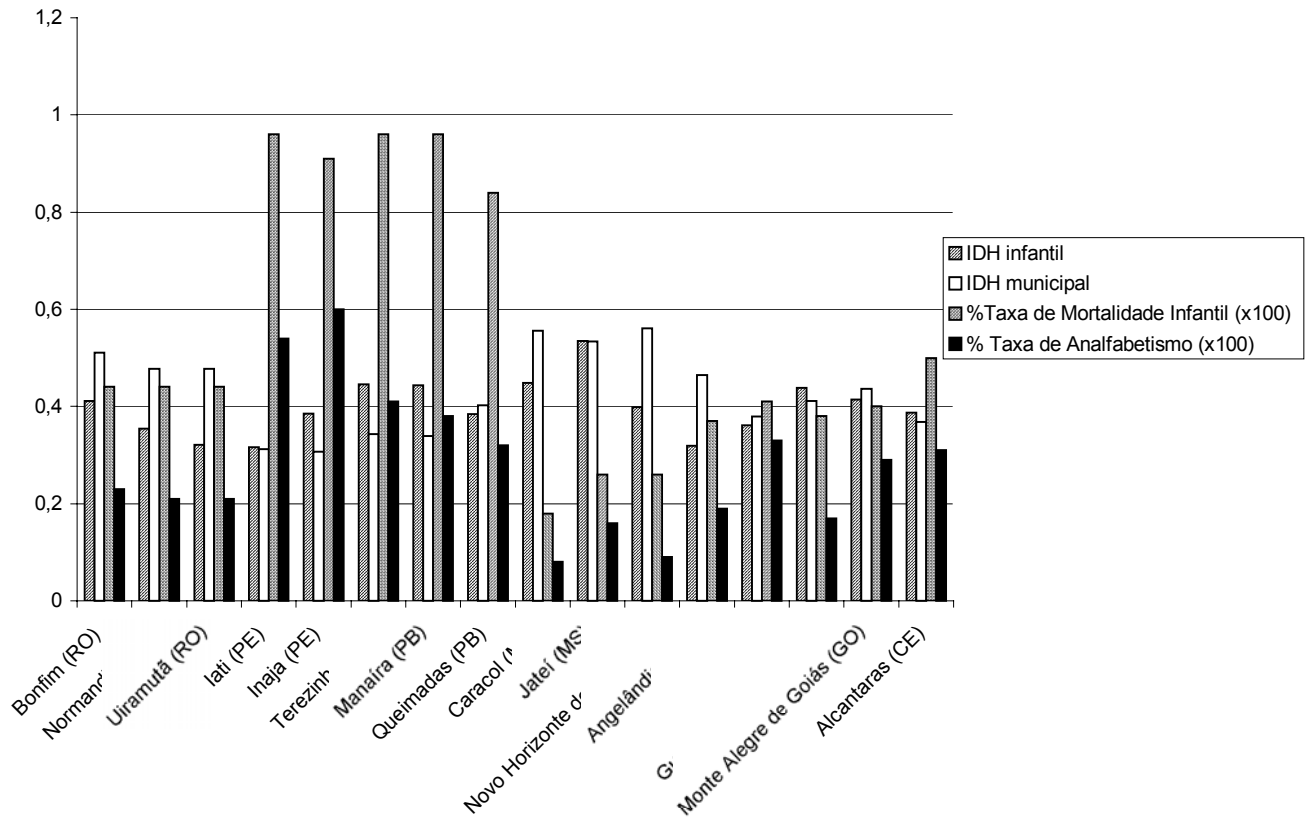
Perfil Populacional de algumas Cidades com Programa de Saúde da Família (PSF)



Perfil Populacional de algumas cidades com Programa de Saúde da Família (PSF)



Perfil Populacional de algumas Cidades com Programa de Saúde da Família (PSF)



d) Evolução da população coberta por equipes de saúde da família - Brasil 1994-2002
(RIZZOTTO, 2000, p.218).

e) Evolução do número de equipes de Saúde da Família – Brasil 1994-2002
(RIZZOTTO, 2000, p.218).

f) Evolução do número de agentes comunitários de saúde – Brasil 1994-2002
(RIZZOTTO, 2000, p.217).

g) Evolução da população coberta por agentes comunitários de saúde 1994-2002
(RIZZOTTO, 2000, p.217).

ANEXO III

Projeto CINAEM - Gestão Transformadora da Escola Médica – (síntese da oficina de Aracaju)³

³ PICCINI et al., *Projeto CINAEM*, 2000, p. 98.

ANEXO IV

PROJETO EMA

**Ações segundo as categorias propostas nos planos de ação das
associações e escolas ⁴**

⁴ CHAVES, M.; ROSA, A .R. (Orgs.), 1990. (América Intermédia- Quadro II e América do Sul- Quadro III)

