

**A FORMAÇÃO MÉDICA E A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA:  
O PAPEL DA EDUCAÇÃO E DO EDUCADOR EM SAÚDE**

**THE MEDICAL FORMATION AND HUMANIZED ASSISTANCE:  
THE PAPER OF THE EDUCATION AND THE PROFESSOR IN HEALTH**

Clóvis José Vieira da Silva<sup>1</sup> e Nara Macedo Botelho<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO**

A assistência médica no Brasil tem uma ligação histórica muito grande com a formação médica, iniciada ainda no período colonial. Até o século XIX, quase nada existia em ambas as vertentes. A assistência médica, ainda arraigada na cultura indígena local, sofria pouca influência das ações desenvolvidas na metrópole portuguesa porque, nesta época, vieram para o Brasil, as escórias sociais portuguesas degredadas e para as quais não era prevista nenhuma assistência médica. Com esta situação, é de esperar que neste período inexistisse qualquer política de saúde para a colônia. Apenas o trabalho exercido pelos jesuítas no seu afã de catequizar e curar as doenças infecciosas, com poucos conhecimentos e poucos medicamentos advindos da corte em navios que, às vezes, chegavam já em péssimos estados de conservação. Com a vinda da coroa portuguesa para o Brasil colônia, as elites encontraram essa situação e começaram a sentir na própria pele os efeitos do total abandono (CUNHA. *et al.*, 2009).

Em relação à educação no país, segundo Fávero (2006), a criação da

universidade revela, inicialmente, considerável resistência, seja de Portugal, como reflexo de sua política de colonização, seja da parte de brasileiros, que não viam justificativa para a criação de uma instituição desse gênero na Colônia, considerando mais adequado que as elites da época procurassem a Europa para realizar seus estudos superiores.

Começa aí uma trajetória paralela dos setores saúde e educação, ora atrelados ora desligados e sofrendo a forte influência dos países europeus e da América do Norte.

Assim, D. João VI pressionado pelas “elites abandonadas” cria em Salvador o primeiro Colégio de Medicina vinculada ao Real Hospital Militar e, ainda no mesmo ano, cria a Escola de Cirurgia também vinculada ao Real Hospital Militar do Rio de Janeiro (FÁVERO, 2006).

No início do século XX, inicia-se um processo de estruturação da saúde pública no Brasil tendo na figura de Osvaldo Cruz e de Carlos Chagas seus grandes mentores, cada um em seu momento, cumprido o seu papel social e político, influenciados também pela personalidade de cada um que, até hoje ainda

<sup>1</sup> Médico. Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará. Mestrando do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia – Universidade do Estado do Pará- UEPA.

<sup>2</sup> Professora Titular de Ginecologia da Universidade do Estado do Pará- UEPA. Professora do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia – Universidade do Estado do Pará- UEPA.

influenciam nos dois pilares da saúde pública do país: A Vigilância Sanitária de acordo com o estilo de Osvaldo Cruz e a Vigilância Epidemiológica, com o de Carlos Chagas, salientando-se as criações dos grandes institutos de pesquisa em saúde<sup>1</sup> ainda na primeira metade do século (BRAVO, 2006).

Dessa maneira inicia-se a trajetória das políticas públicas de saúde do país, enfrentado, a nível mundial um século de extrema turbulência, com duas grandes guerras (a primeira em 1918 e a segunda em 1940), duas epidemias (Gripe Espanhola, 1918 e Gripe Asiática, 1950) uma recessão mundial (1930) além de uma sociedade oprimida por grandes ditadores espalhados por todo o mundo.

No Brasil, ainda tivemos dois grandes períodos ditatoriais – a era Vargas (1930 – 1950) e a ditadura militar de 1964 a 1980, ou seja, em cem anos o país enfrentou cerca de 40 anos de regimes totalitários. Mesmo assim, evolui nas políticas públicas de saúde, criando-se instrumentos de pesquisa epidemiológica e de controle sanitário. A criação do Ministério da Saúde em 1953, desmembrado do Ministério da Educação coroando na década de oitenta com a constituição cidadã de 1988 que reconhece a saúde como um direito básico do cidadão e um dever do estado, corroborada pela lei 8080/1990 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com suas normas,

portarias, programas e estratégias democratizadoras (BRAVO, 2011).

O Programa Saúde da Família, criada na década de 90, surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (ROSAS; LABATE, 2005).

Paralelamente, no mesmo período, a educação enfrentava alguns percalços. A formação médica americana, no início do século XX, chegou ao caos quando os cursos de medicina não tinham nenhuma diretriz. Em consequência disto, surge o Relatório Flexner em 1910, elaborado por Abraham Flexner, a pedido da Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, com apoio da Fundação Rockefeller. Pretendia-se, nesta situação organizar e dar diretrizes aos cursos de medicina na América do Norte, tornando obrigatória a entrada na universidade através de concurso, currículos extremamente técnicos e tendo o hospital ou laboratórios como cenários obrigatórios para as práticas de ensino médico. O ensino, nessa situação centrava-se no saber dos grandes mestres que, “empacotado”, era oferecido aos estudantes que não tinham nada mais a fazer a não ser aprender. Uma organização necessária na época, mas que se perpetuou durante quase um século, como o paradigma das universidades tradicionais (ROSAS; LABATE, 2005).

[Digite texto]

As universidades do Brasil também amargaram vinte anos da ditadura de 1964, quando, como um arremedo de reforma, criou-se a Reforma Universitária de 1968, ato ditatorial com o pretense objetivo de reorganizar o ensino do país, que serviu para dizimar a pouca liderança que ainda restava. Alunos e professores foram imprensados pelo Ato Institucional número 5/1968 e Decreto Presidencial 477/1969 que jubilava das universidades aqueles que ousavam falar. Essa situação provocou o êxodo dos grandes pensadores nacionais, colocando no ostracismo a discussão das grandes tendências pedagógicas e os estudantes tiveram a sua representatividade, a União Nacional dos Estudantes (UNE), colocada na clandestinidade (PAGLIOLA, DA ROS, 2008).

Com a abertura política da década de oitenta e o retorno dos nossos cientistas do exílio em países europeus e América Latina, volta-se a discussão dos temas das

organizações curriculares das nossas universidades e das metodologias ativas. Somente, assim, permitiu-se, após muito estudo, criar as “14 Diretrizes Curriculares Nacionais”, publicadas através da Resolução CNE/CES nº 4 de 07 de Novembro de 2001, recuperando as metodologias ativas, centradas nos alunos como sujeitos principais do processo ensino-aprendizagem.

Se analisarmos as teorias flexnerianas, observaremos que o profissional formado nos seus grandes hospitais não tem condições de atingir objetivos propostos, porque a sua formação foi estritamente especialista. Mas, se a nossa formação nos últimos cem anos foi assim, como então, proporcionar um aprendizado com paradigmas tão díspares se os nossos mestres têm em sua formação, a centralização no saber da figura emérita do professor, o detentor das verdades? Não são eles os responsáveis pelas mudanças propostas?

## **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE MEDICINA**

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina têm por objetivo exatamente corrigir esta discrepância e adequar a formação do profissional médico para atender aos direitos básicos previstos no artigo

5º da Constituição Brasileira (FAVERO, 2006).

Em seu artigo 3º, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação de Medicina dizem:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando

[Digite texto]

egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 2).

Observa-se, portanto, que o profissional que a comunidade quer, precisa ter um perfil altamente altruísta, com conhecimentos gerais referentes à saúde da população com ênfase para a promoção da saúde, a prevenção das doenças e tratamento dos seus agravos. Os aspectos “humanistas” e “generalistas” colocam-no frente a frente com a realidade da população assistida e exige dele participação social e comunitária.

Nos artigos 4º e 5º as CNE/2001 definem os conhecimentos globais necessários à profissão médica, destacando-se os seguintes, competências e habilidades gerais para dar assistência integral à saúde, com medidas de prevenção, promoção, proteção e reabilitação em que os aspectos individuais e coletivos são ressaltados (BRASIL, 2001). As capacidades necessárias, tais como tomada de decisão, liderança, administração, educação permanente exigem dele a habilidade para promover estilo de vida saudável, atuar em diversos níveis de atendimento, comunicação adequada entre colegas de trabalho, pacientes e familiares. Vemos, nesse caso, que o que prevalece é a existência de um espírito de equipe para realizar uma assistência tecnicamente correta

[Digite texto]

(anamnese, história clínica, diagnóstico e tratamento das principais doenças do ser humano nas diversas fases da vida).

Dentro da mudança de paradigma necessária, a escola médica moderna, de acordo com a DCN, deverá ter um conteúdo básico do curso relacionado ao processo saúde doença do cidadão, da família e da comunidade. É importante que o cenário seja a realidade epidemiológica de modo a contemplar a integralidade das ações. Envolve naturalmente o conhecimento integral do processo saúde doença em que se incluem além dos aspectos biológicos, os determinantes sociais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais.

O processo saúde doença e o conhecimento da propedêutica médica, do diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças humanas aliam-se, naturalmente, à promoção da saúde e à prevenção das doenças.

O projeto pedagógico preverá estágios curriculares obrigatórios nas cadeiras básicas e saúde coletiva através de treinamento em serviço em regime de internato.

É importante que as atividades complementares com aproveitamento dos conhecimentos adquiridos pelos alunos nestas atividades sejam contempladas.

A metodologia aplicada deve ser ativa e centrada no aluno, como sujeito do processo ensino-aprendizagem, tendo o professor como seu facilitador/tutor (ROSAS; LABATE, 2005).

Desde o início do curso, deve-se propiciar oportunidade ao aluno de inserção na realidade da comunidade onde, no futuro, deverá atuar já como profissional através do Sistema Único de Saúde.

O acompanhamento e avaliação do aluno devem permitir que ele tenha um processo constante de aprendizado e avaliações necessárias para a sua atuação médica generalista, humanista e adequada à comunidade em que atuará futuramente, evitando-se, assim, a tão temida avaliação exclusivamente cognitiva - Prova (Avaliação Somativa).

Há que se trabalhar a inserção do egresso dos cursos de medicina em uma equipe de trabalho, favorecendo a sua integração interprofissional não discriminatória.

Entendendo a situação temporal do Relatório Flexner, devido á necessidade de orientar ou mesmo moralizar o ensino médico do início do século XX, acreditamos ter sido

ele um marco histórico para a saúde mundial e, como tal, deve ser respeitado. O que é necessário é a adequação das suas teorias ao momento atual.

Sob um prisma crítico comparativo entre as necessidades populacionais e o processo de formação dos profissionais no método flexneriano, veremos que os caminhos têm sentidos diferentes, ou seja, formando um profissional, totalmente, desvinculado da realidade da comunidade assistida conforme apresentado no quadro comparativo elaborado pelos autores baseado nas características do egresso da escola tradicional (flexneriana) e o perfil desejado de acordo com a DCN para o curso de Graduação em Medicina (Quadro 1).

[Digite texto]

Quadro 1 – Perfil do egresso de acordo com a metodologia aplicada

| ESCOLA FLEXNERIANA  | PERFIL DESEJADO (Res. CSN/CES nº 4/2001)   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Altamente especialistas – “técnicos em cirurgia ou em oftalmologia” - sem saber as especialidades básicas as quais menosprezam com desvalorização da importante figura do “clínico geral”.</li> <li>✓ Extremamente centralizadores e “donos da verdade”, desvinculados das demais categorias que complementarizam as suas ações.</li> <li>✓ Treinados para curar doenças utilizando alta tecnologia dos grandes hospitais, tanto no diagnóstico como nos procedimentos assistenciais.</li> <li>✓ Preocupados com os aspectos mercantilistas da profissão – “o quanto vai ganhar” – independente da qualidade do atendimento que oferece, esquecendo até mesmo da própria saúde.</li> <li>✓ Sem tempo para ouvir e examinar o seu paciente, dita suas ações pela leitura de exames complementares de alta tecnologia e utilização de insumos e medicamentos de alto custo determinados pelo mercado.</li> <li>✓ Totalmente dissociados da gestão dos serviços de saúde, procurando relacionar o padrão técnico do seu atendimento com o custo de técnicas caras e mais avançadas porque, afinal, são profissionais atualizados e intitulado-se como “gestores natos” dos serviços, onde ditatorialmente querem determinar as normas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado para atuar no Sistema Único de Saúde, dentro do processo saúde doença entendendo a integralidade da assistência e o cidadão dentro das características bio psíquico e social.</li> <li>✓ Capacitado para trabalhar em equipe multiprofissional, com habilidade para tomar decisões acertadas no gerenciamento das forças de trabalho e recursos materiais.</li> <li>✓ Habilitado para atuar na promoção da saúde, na prevenção das doenças, na recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social.</li> <li>✓ Atuar dentro dos princípios éticos nos diversos níveis de assistência com compromisso social e promotor da saúde integral do ser humano respeitando os princípios doutrinários do SUS.</li> <li>✓ Ser capaz de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, dos medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e práticas adequadas e embasadas cientificamente.</li> <li>✓ Apto para exercer a liderança visando o bem estar da comunidade, atuando com empatia comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Deve estar aptos para ser empreendedor, gestor, empregador e exercer a liderança na equipe promovendo a integração entre os diversos atores envolvidos.</li> </ul> |

**Fonte:** Elaborado pelos autores e baseado nas características do egresso da escola tradicional (flexneriana) e o perfil desejado de acordo com a DCN para o curso de Graduação em Medicina.

[Digite texto]

Naturalmente, que o perfil flexneriano não é o do profissional que a sociedade precisa atualmente e tanto anseia. Urge que se faça uma reestruturação da sua formação e incluindo-o em uma equipe interdisciplinar como membro participativo.

É necessário que, além dessas medidas integralizadoras, pensemos na capacitação dos professores para que entendam a inversão benéfica dos valores e da importância da colocação do aluno no centro deste universo, para que com isto, adotem a sua real função tutorial no sentido de preparar o futuro médico para atuar junto à comunidade, sentindo-se parte dela.

Há que incutir no profissional médico e nos de saúde em geral, os princípios

doutrinários do SUS previstos na lei 8080/90 e suas legislações complementares (Normas, Portarias e Estratégias).

Em termos atuais e à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, o verdadeiro papel da educação e do educador em saúde é exatamente corrigir os descompassos existentes entre a assistência que se quer e a formação do profissional para nela atuar.

Considerando que os docentes atuais tiveram a sua formação dentro dos moldes da escola tradicional amplamente influenciada pelas teorias Flexnerianas, é preciso também pensar na mudança na formação dos professores.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Resolução CNE/CES nº 4/2001. Diário Oficial da União de 09/11/2011. Seção 1, página 38, Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001.
2. Bravo, MIS *et al*, Políticas Públicas de Saúde. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/ OPAS/OMS/Ministério da Saúde p. 88-110; 2006.
3. Cunha, CS *et al*. A Importância da Chegada da Família Real Portuguesa para o Ensino Médico e a Medicina Brasileira. REVISTA PRÁXIS. Rio de Janeiro, RJ. ano I, nº 1 – Janeiro, 2009.
4. Fávero, MLA. Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968, Rev. Educar, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR, 2006.
5. Pagliola, DA ROS, O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal. Revista de Educação Médica: ABEM. Rio de Janeiro, RJ, 32 (4) 493 – 499. 2008.
6. Rosas, WAG; Iabate, RC. Programa Saúde da Família: a Construção de um Novo Modelo de Assistência Rev Latino-americana de Enfermagem novembro-dezembro; 13(6):1027-34, 2005). Disponível em [www.eerp.usp.br](http://www.eerp.usp.br) acessado em 18/05/2012.

[Digite texto]

**Endereço para correspondência:**

Clóvis José Vieira da Silva  
Avenida Esmeralda, 47 – Cristal Ville.  
66640-590 – Mangueirão – Belém – PA  
(91) 3257.4858 – 8800.9050  
Email: [cjv.silva@oi.com.br](mailto:cjv.silva@oi.com.br)

Recebido em 22.05.2013 – Aprovado em 06.06.2013

[Digite texto]