



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**FELIPE FRANKLIN DE LIMA NETO**

**HIPÓCRATES DO AMANHÃ: AS LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA  
E A EDUCAÇÃO MÉDICA NA UFC**

**FORTALEZA-CE  
2016**

FELIPE FRANKLIN DE LIMA NETO

HIPÓCRATES DO AMANHÃ: AS LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA  
E A EDUCAÇÃO MÉDICA NA UFC

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação. Área de concentração: História e Memória da Educação.

Orientador: Prof. Dr. Prof. Dr. Rui  
Martinho Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. José Rogério  
Santana

FORTALEZA-CE  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

L698h Lima Neto, Felipe Franklin de.

Hipócrates do amanhã : as ligas acadêmicas de medicina e a educação médica na UFC / Felipe Franklin de Lima Neto. – 2016.

571 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Prof. Dr. Prof. Dr. Rui Martinho Rodrigues.

Coorientação: Prof. Dr. Prof. Dr. José Rogério Santana.

1. Educação Médica. 2. Ligas Acadêmicas. 3. Práticas Culturais digitais. 4. Pesquisa. 5. Extensão. I. Título.

CDD 370

---

FELIPE FRANKLIN DE LIMA NETO

HIPÓCRATES DO AMANHÃ: AS LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA  
E A EDUCAÇÃO MÉDICA NA UFC

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação. Área de concentração: História e Memória da Educação.

Orientador: Prof. Dr. Rui Martinho Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. José Rogério Santana

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Rui Martinho Rodrigues – (Orientador)

---

Prof. Dr. José Rogério Santana – (Coorientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Antônio Roberto Xavier  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

---

Prof. Dr. Eduardo Gomes Machado  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

---

Prof. Dr. José Gerardo Vasconcelos  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Francisco Ursino Neto  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Para a Cristiane, a Sara e o Arthur.*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que colaboram e confiaram nessa pesquisa. Bibliotecários, pesquisadores, secretárias, estudantes, professores, amigos e os mais diversos profissionais e pesquisadores que contribuíram para o presente trabalho: Aos meus pais e irmãos, a Michel Alves, Letícia Cazuza, Maurício Petrolli. Bruno Stelet, Armando Neto, Carina Vasquez, José Mourão e aos professores João Macedo Filho, Charlys Barbosa e Francisco Ursino Neto pela generosa acolhida na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e pelas oportunas contribuições.

Estendo ainda a gratidão aos estudantes da Liga de Geriatria da Universidade Federal do Ceará, aos membros da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) que colaboraram na pesquisa, em especial, Jacqueline Menezes e Tassia Saito. Igualmente grato sou aos membros da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM), em especial Michel Santos e Maurício Petrolli e aos membros do Centro Acadêmico XII de Maio da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em especial, Weskley Santos. A vossa generosa e valiosa troca de informações durante o quadriênio que foi percorrido do transcurso dessa investigação contribuiu para enxergar as árvores, as florestas, os desfiladeiros, as montanhas, os penhascos, os planaltos, as planícies, as selvas, as caatingas, os tufões, os furacões, os redemoinhos, os tufões, as areias movediças, as flores, os espinhos, os cactos, as marés, os igarapés, as ilhas, os oceanos, os ventos, as brisas, os suspiros, os sussurros, as hesitações, as precauções, as observações, as estrelas, as constelações, os mapas, os enigmas, as esfinges, os mistérios, as senhas, os códigos e as chaves que se interpuseram nessa longa, bela, intrigante, desafiante, existencial, vital e humana travessia.

Aos professores Rui Martinho Rodrigues e José Rogério Santana pelas oportunas dicas, críticas e sugestões ao trabalho e pelo intenso e tranquilo convívio humano. Aos professores e colegas das nossas saborosas reuniões ocorridas nas quartas-feiras à tarde na sala do Núcleo de História e Memória; e aos demais professores e colegas das disciplinas realizadas do Programa de Pós- Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará recebam aqui meus singelos cumprimentos.

Aos membros das Bancas de Qualificação e Examinadora pelas críticas e sugestões sempre exercitadas num clima democrático, participativo e transparente.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter oportunizado no meu último ano de doutorado uma bolsa de pesquisa. Ela chegou num momento crítico da pesquisa e que remonta às condições sociais, culturais, políticas e econômicas dos pesquisadores, das instituições de ensino superior e das agências de fomento à pesquisa e ao desenvolvimento inscritos num processo de construção e produção do conhecimento científico, tecnológico, artístico e popular.

Não exagero quando afirmo que, sem a participação de todos vocês, esse trabalho não teria sido possível.

## RESUMO

Essa investigação problematiza o papel das ligas acadêmicas de medicina no processo de formação acadêmica e universitária do estudante de medicina. Exercitada como dispositivo-analítico, a estratégia metodológica da pesquisa realizou observações participantes, questionários, leitura de textos, documentos, panfletos, cartilhas, teses, ementas, planos, projetos pedagógicos, sites, blogs, comissões organizadoras, intervenções públicas, performances artísticas e culturais, páginas virtuais, projetos de lei, produção e registros imagéticos e sonoros. Acompanhamos projetos de extensão, rádios universitárias, cursos multidisciplinares, salas de aula, reuniões colegiadas, fóruns, congressos, encontros estaduais e nacionais, sondagens e mapeamentos virtuais da atividade de membros das ligas e das principais entidades estudantis que, a nível nacional, tematizam, participam e problematizam a estrutura e a função dessas formas de associação acadêmica e universitária. Tentamos desenhar o espaço institucional, curricular, social, educacional, histórico, político, econômico, ambiental e cultural exercitado pelas Ligas que atuam no tripé indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão a partir do uso das redes sociais de comunicação. O eixo teórico da pesquisa se deu a partir de alguns momentos propostos por Michel Foucault, Georges Canguilhem, Gabriel Tarde, Bruno Latour, Pedro Nava, Howard Becker aliada à produção pessoal e institucional de estudantes de medicina, membros de ligas acadêmicas e de instituições e entidades estudantis. Navegando por entre esses rios epistêmicos sondamos as corredeiras, penhascos, desfiladeiros, cânions, ilhas e igarapés que atravessam a atmosfera dos campos médicos em seus mais diversos níveis e modulações de forma capitular. Segmentando os planos imanentes dessa análise destacamos a história da educação médica, as ligas acadêmicas de medicina, o corpo, o gênero e a violência, os saberes e poderes atuais, virtuais e ancestrais, as narrativas, os movimentos estudantis, as associações brasileiras e entidades internacionais que transitam nesse cenário estudantil, as histórias, as memórias e as práticas culturais digitais de estudantes, professores e funcionários públicos e privados que atuaram no campo médico no período compreendido entre o Império, a República e o atual momento da Nova República em que se está implementando mais uma reforma curricular do ensino médico, essa a ser implementada até Dezembro de 2018. A análise das relações entre a educação médica, as políticas sociais e o mercado de trabalho voltado aos futuros médicos encerram a discussão do penúltimo e último capítulo de nossa investigação e dessa proposta de problematização.

**Palavras-chave:** Educação Médica, Ligas Acadêmicas, Ensino, Pesquisa, Extensão, História, Memória, Práticas Culturais digitais.

## ABSTRACT

This research investigates the role of academic medical alloys in process of academic training and the University medical student. Exercised as analytical, methodological research strategy carried out observations, questionnaires, participants reading of texts, documents, pamphlets, booklets, theses, menus, plans, projects, sites, blogs, organizing committees, public interventions, artistic and cultural performances, virtual pages, bills, and imagery records and sound production. Follow extension projects, University radios, multidisciplinary courses, classrooms, Councils meetings, forums, conferences, State and national meetings, polls and virtual mappings of the activity of members of the leagues and the main student bodies that, at national level, thematic, participate and problematize the structure and function of these forms of academic and University Association. Try to draw the institutional space, curriculum, social, educational, historical, political, economic, cultural and environmental exercised by the Leagues that operate on the tripod of education, cannot be separated from research and extension from the use of social networks of communication. The theoretical axis of the search from a few moments proposed by Michel Foucault, Georges Canguilhem, Gabriel Tarde, Bruno Latour, Pedro Nava, Howard Becker combined with the personal and institutional production of medical students, members of academic and alloys of institutions and student bodies. Browsing through these rivers epistemic scanned the Rapids, cliffs, gorges, canyons, Islands and creeks that cross the atmosphere of medical fields in its various levels and modulations of chapter form. Segmenting the immanent plans of this analysis highlight the history of medical education, the medical academic leagues, the body, gender and violence, knowledge and current powers, and ancestors, the narratives, student movements, associations and international entities that carried over in this scenario, the stories, memories and digital cultural practices of students, teachers and public and private officials who worked in the medical field in the period between the , the Republic and the current time of the new Republic in which it is implementing more curricular reform of medical education, this being implemented by December 2018. The analysis of the relationship between the medical education, social policies and the labour market back to future doctors closed the discussion of the penultimate and final chapter of our investigation and this proposal for questioning.

**Key-words:** medical education, Academic Leagues, teaching, research, extension, history, memory, digital cultural practices



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1.1</b> Percurso Metodológico .....	22
<b>1.2</b> Comitê de Ética nas Relações Saber e Poder .....	24
<b>1.3</b> Apresentação dos capítulos .....	28
<b>2. O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA ATUALIDADE</b> .....	36
<b>2.1</b> Conceitos Fundamentais .....	37
<b>2.2</b> Educação Médica no Brasil e no Mundo .....	48
<b>2.3</b> As relações entre a Educação Médica, a Medicina, a constituição do Estado Nacional Brasileiro .....	48
<b>2.4</b> As influências europeias e norte americanas e a convergência do pensamento latino-americano em saúde e a educação médica no Brasil .....	60
<b>2.5</b> A Educação Médica Contemporânea .....	68
<b>2.6</b> Biopolítica, vigilância e internet das coisas na Educação Médica Contemporânea .....	79
<b>2.7</b> Os pressupostos sociais, políticos, culturais e educacionais da sociologia e da educação médica .....	85
<b>2.8</b> Educação Médica no Ceará .....	99
<b>2.9</b> História da Educação Médica no Curso de Medicina da UFC .....	102
<b>2.10</b> A estrutura e o funcionamento curricular da Faculdade de Medicina da UFC .....	108
<b>2.11</b> O Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica da UFC .....	114
<b>2.12</b> Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde .....	115
<b>2.13</b> LXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) .....	119
<b>2.14</b> Metodologias de ensino e aprendizagem na educação médica .....	122
<b>2.15</b> Ferramentas virtuais na preceptorial da Residência Médica .....	134
<b>2.16</b> Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC (NUTEDS/UFC) .....	144
<b>2.17</b> Laboratório de Habilidades Clínicas da FAMED .....	148
<b>2.18</b> A medicina baseada em evidências .....	149
<b>2.19</b> O método indiciário .....	151
<b>2.20</b> Saberes e práticas formais e informais na educação médica .....	158
<b>3 SABERES E PRÁTICAS FORMAIS E INFORMAIS NA EDUCAÇÃO MÉDICA</b> .....	166
<b>3.1</b> Histórico das Ligas Acadêmicas de Medicina .....	176
<b>3.1.1</b> As Primeiras Ligas Acadêmicas de Medicina no Brasil .....	176
<b>3.2</b> As Ligas Acadêmicas: entre a extensão universitária e a popularização da ciência .....	181
<b>3.3</b> As Ligas Acadêmicas e a expansão das escolas médicas: surto e explosão universitária e institucional .....	182
<b>3.4</b> A expansão das escolas médicas .....	185

<b>3.5 A Abertura de Cursos de Medicina em Instituições Privadas e Públicas .....</b>	<b>189</b>
<b>3.6 As Ligas Acadêmicas de Medicina na UFC: estrutura e funcionamento .....</b>	<b>192</b>
<b>3.7 As Ligas Acadêmicas de Medicina na UFC: entre a interdisciplinaridade e a especialização do saber .....</b>	<b>194</b>
<b>3.8 A Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da UFC: o microcosmo de uma Liga .....</b>	<b>195</b>
<b>3.9 Questionários .....</b>	<b>199</b>
<b>3.10 A questão da memória no saber e na prática gerontológica: o dispositivo Alzheimer .....</b>	<b>215</b>
<b>3.11 I Curso de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Idoso - Liga de Geriatria .....</b>	<b>223</b>
<b>3.12 As ligas acadêmicas e os espaços extra-curriculares .....</b>	<b>233</b>
<b>3.13 I Curso Jornalismo em Saúde do PET MEDICINA/UFC .....</b>	<b>238</b>
<b>3.14 A educação e a formação médica dos membros das Ligas Acadêmicas de Medicina da UFC .....</b>	<b>244</b>
<b>3.15 Práticas socioculturais e políticas inscritas na educação médica .....</b>	<b>244</b>
<b>4 NARRATIVAS MÉDICAS EM CONTEXTO: CORPO, GÊNERO, VIOLÊNCIA, SABERES E PODERES CIENTÍFICOS, POPULARES E ANCESTRAIS .....</b>	<b>250</b>
<b>4.1 Polifonia e perspectivismo nas narrativas estudantis médicas .....</b>	<b>252</b>
<b>4.2 Potência e discurso na educação médica .....</b>	<b>255</b>
<b>4.3 Corpo, gênero e violência na Educação Médica .....</b>	<b>256</b>
<b>4.4 Racionalidades Médicas, Medicinas alternativas e saberes e poderes científicos, populares e ancestrais .....</b>	<b>260</b>
<b>5 DENEM E ABLAM EM PERSPECTIVA: AS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA EDUCAÇÃO MÉDICA ESTUDANTIL .....</b>	<b>270</b>
<b>5.1 A Emergência Histórica do Movimento Estudantil em Medicina numa pesquisa .....</b>	<b>271</b>
<b>5.2 A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) .....</b>	<b>271</b>
<b>5.3 A Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA) .....</b>	<b>273</b>
<b>5.4 A Emergência Histórica das Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) .....</b>	<b>274</b>
<b>5.5 A Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (AEMED-BR) ...</b>	<b>275</b>
<b>5.6 A Educação Médica sob o ponto de vista da DENEM: XLVI Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) .....</b>	<b>277</b>
<b>5.7 Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (CENEPES) – A preparação de um próximo encontro .....</b>	<b>285</b>

5.8 Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina .....	287
<b>6 EDUCAÇÃO MÉDICA, PRÁTICAS CULTURAIS, METODOLOGIAS EDUCACIONAIS E TECNOLOGIAS MÉDICAS .....</b>	<b>290</b>
6.1 Educação Médica e tecnologias de aprendizagem em perspectiva .....	292
6.2 Práticas Culturais Digitais em Educação Médica: laboratórios de habilidades e simulação .....	297
6.3 Metodologias de mapeamento virtual das Ligas Acadêmicas .....	299
6.4 Cartografia das Controvérsias: para além da etnografia virtual .....	306
6.5 Formulando uma teoria da imagem nas imagens médicas na educação médica: o caso das neuroimagens do Autismo ao Alzheimer .....	318
<b>7. AS POLÍTICAS SOCIAIS E A EDUCAÇÃO MÉDICA</b>	<b>337</b>
7.1 A Educação Médica em Perspectiva Penal Judicial .....	339
7.2 Entre a educação médica, a indústria farmacêutica e a judicialização do ensino na saúde .....	340
7.3 A indústria farmacêutica e o ensino médico em perspectiva .....	342
7.4 A judicialização do ensino na saúde .....	345
7.5 IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde .....	350
7.6 A educação Médica e o financiamento estudantil .....	352
7.6.1 FIES/PROUNI .....	353
7.7 Políticas Afirmativas e Cotas .....	355
7.8 Programa “Mais Médicos” .....	360
7.9 Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina –ANASEM	362
7.10 Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) .....	376
<b>8. O ESTUDANTE MÉDICO ENTRE A ACADEMIA E O MERCADO DE TRABALHO</b>	<b>377</b>
8.1 Educação Médica: entre a filosofia da diferença e o pragmatismo americano .....	377
8.2 Narrativas dos estudantes de medicina a partir das relações saber e poder .....	386
8.3 O Estudante de Medicina: entre a academia e o mercado de trabalho	387
8.3.1 O problema .....	387
8.4 A hegemonia estatística na problematização espacial da questão médica .....	392
8.5 A inserção desse debate numa conjuntura territorial .....	395
8.6 O convite estatístico ao mercado de trabalho dos futuros médicos .	397

<b>8.7 O Ser Médico e O juramento de Hipócrates .....</b>	<b>404</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>410</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>417</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>432</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nossa investigação lida com o papel das ligas acadêmicas no processo de formação médica do estudante de medicina. Sendo o campo médico muito vasto e atuando as ligas em perfis temáticos e interesses teóricos e profissionais diversos, optamos por acessar a discussão a partir dos mais diversos ângulos no intuito de produzir uma imagem aproximada da realidade vivida por esses estudantes.

Iniciamos nossa aproximação através de um diálogo promovido por estudantes sobre o papel das ligas na formação dos estudantes, qual o seu espaço na organização curricular dos cursos de medicina e como defini-la em relação à extensão. O debate ocorreu durante o 53º Congresso Brasileiro de Educação Médica ocorrido entre os dias 7 e 10 de Novembro de 2015, no Rio de Janeiro. Assistimos a uma mesa redonda composta por estudantes e um professores.

Tratava-se um fórum cujo tema foi Atividade de Extensão: tecendo redes para além da Universidade<sup>1</sup>. Nesse momento as ligas acadêmicas foram discutidas<sup>2</sup>. Qual, por exemplo, o espaço das ligas na organização curricular? Circulando o debate e a participação dos presentes foi argumentado inúmeros aspectos acerca da temática. No seio dela, opiniões positivas, negativas e considerações críticas são realizadas.

Entrecortando as falas de Michel Alves e de Jorge Alberto Buchabqui, Letícia Cazuza observou que “a gente precisa entender a importância das Ligas na nossa formação. O aluno que faz extensão reflete mais”. Disse Michel Alves naquela oportunidade:

Onde as Ligas se encaixam no currículo médico? (...). Aqui é um espaço importante para desconstruir algumas coisas. A liga acadêmica existe? (...) Qual o modelo de extensão que a gente defende? Quem sou eu para responder a essa pergunta. É uma luta grande. Não é o que a Universidade coloca pra gente. A gente visa a transformação. Extensão é um espaço ainda negligenciado. Colocam professores mais bananas pra lidar com a extensão

---

<sup>1</sup> A atividade ocorreu na manhã do dia 10 de Novembro de 2015. Foi coordenada por André Abreu da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Os outros temas e participantes que completaram a discussão foram: “O que é extensão universitária e o que se espera?” por Jorge Alberto Buchabqui (UFRGS), “Extensão universitária e demandas sociais” por Letícia Cazuza (UFCG), “Extensão universitária no currículo” por Cláudia Alessandra Fontes Ajub (UNIRIO) e “Ligas Acadêmicas: extensão universitária x extensão curricular” por Michel Alves Teixeira (UFPA) a quem supracitamos.

<sup>2</sup> O outro momento em que as Ligas Acadêmicas foram tematizadas ocorreu na tarde do dia 9 de Novembro. Tratou-se de uma grupo de trabalho cujo tema foi “Ligas Acadêmicas e extensão com projetos de prevenção à doenças” coordenado por Gustavo Pereira Fraga. O professor é coordenador da disciplina de Cirurgia do Trauma da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e já presidiu a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT)

e eles não entendem nada de extensão. Liga é uma realidade que não dá pra negar. É uma demanda muito forte e negligenciada. Esse é o meu 4 COBEM. Esse é o que eu tô vendo maior participação dos estudantes. Bom isso. O estudante às vezes sabe mais de educação do que o professor. É preciso romper com essa lógica, como diria o Prof. Rubem Alves, do professor que sabe mais e o aluno, menos. Não se valoriza uma linguagem mais sensível, menos científica e ver a liga como um campo de prática produtiva e um poder transformador.

O professor Jorge Alberto Buchabqui (UFRGS) cujo tema foi “O que é extensão universitária e o que se espera?” ponderou que:

Tenho dificuldade de entender as Ligas. Parece compensação. Por que não integrá-las nas disciplinas? Essa fragmentação é negativa. A liga estimula a especialização. A coisa é integração. Extensão é temporária.. E se pereniza perde o sentido. Qual o tipo de extensão a Liga faz?

Adiantando um pouco o que veremos no segundo capítulo e pegando o gancho insinuado nesse debate, qual seja, o da localização das ligas acadêmicas nos currículos de medicina, resolvemos insistir nesse ponto e voltarmos a ele. Agora na forma das perguntas que endereçamos aos estudantes da liga de Geriatria.

Além disso, a fragmentação e a especialização do saber e da relação das ligas, uma crítica muito comum a essa atividade, diga-se aqui de passagem, foi levantada no debate. Por essa razão, tentamos sondar como eles associam a questão do Projeto Político Pedagógico do curso de medicina da UFC à grade curricular, e, por conseguinte, associarmos a leitura pedagógica dos estudantes de medicina ao espaço em que os saberes e poderes são distribuídos. E nessa triangulação vemos como se situa as Ligas.

Presos a uma perspectiva formal, nenhuma das respostas menciona as relações entre a cultura, o currículo e a sociedade. Nesse sentido, a décima terceira questão do nosso questionário<sup>3</sup> perguntou. *Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?*

A crítica a fazer é o pouco tempo dedicado a urgências e habilidade de comunicação, além do exagero de tempo dedicado à saúde coletiva, de uma maneira que não acrescenta. Tem semanas que um professor de oncologia recebe a difícil tarefa de ensinar tudo sobre câncer de mama, ovário e endométrio em duas horas, após essa aula terá mais duas horas para outro professor falar sobre linfomas e leucemias. Enquanto após o almoço, temos 04 horas de aula em saúde coletiva sobre acupuntura. Ou quando temos uma única manhã dedicada ao ensino de todos os tipos de demências, e uma tarde

---

<sup>3</sup> Questionário enviado aos estudantes da Liga de Geriatria da UFC. Também enviamos questionários e solicitamos relatos para estudantes de faculdades e entidades estudantis diversos. Veremos em detalhe cada um desses momentos ao longo do trabalho.

dedicada a fazer gincana em uma horta procurando plantas medicinais. Não é questão de eliminar esses temas, mas otimizar a carga horária. (...) Extremamente densa. (...) Considero que a grade é bem distribuída e que os conteúdos de maior importância para a formação médica são contemplados. (...) Uma grade que busca dar muita assistência para a Atenção Básica de Saúde, mas que ainda requer um olhar mais cuidadoso para não deixar algumas áreas subaproveitadas, como vemos um módulo de Atenção Básica à Saúde 1, que contempla a parte filosófica do processo saúde-doença e todo o funcionamento do posto de saúde durando mais de 5 meses, e já na mesma grade curricular vemos um módulo como o de cardiologia, imprescindível para quaisquer tipo de atendimento médico desde a Unidade Básica de Saúde até hospitais terciários, ter uma duração e práticas de no máximo 2 meses de duração. (...) ótima (...). Acho que tem uma estrutura boa, o aprendizado fica mais fácil. (...) A grade curricular tenta abordar os principais temas em Medicina, porém, alguns temas tornam-se repetitivos no decorrer do curso.

Outra questão diretamente ligada a essa é como a Liga acadêmica é definida.

Essas foram respostas recebidas dos integrantes da Liga de Geriatria a questão: *Como você definiria “Ligas Acadêmicas de Medicina”?*

Instrumento encontrado dentro da faculdade de medicina para formar grupos de estudos, pesquisa e/ou extensão, nas áreas com as quais se têm afinidade. (...) Um bom exemplo de autonomia (...). São grupos de estudantes que se reúnem para se aprofundar sobre determinados temas da medicina, aplicando esses conhecimentos em nível de ensino, pesquisa e extensão. (...) Grupos de estudo que junto da graduação já põem os graduandos de frente com a realidade do que é viver a Medicina. (...) interação entre alunos que é edificante e com papel social (...). Projetos que unem estudantes com objetivos semelhantes em prol do crescimento de todos. (...). Entidade formada por estudantes em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da medicina.

É nesse espaço de debate que encontramos as ligas acadêmicas de medicina. Feita essa primeira aproximação em nosso trabalho, vamos agora investigar outros temas diretamente correlacionados a esse e que também figuram nessa pesquisa.

Além da localização das ligas acadêmicas no currículo médico, das relações entre a grade curricular e os projetos políticos pedagógicos e a definição dos estudantes sobre o que as ligas significam seguimos outros vetores de articulação.

Deparamos e contextualizamos, por exemplo, o espaço e a distribuição dos saberes e poderes acerca da educação médica numa visita a biblioteca da faculdade de medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro durante o PRÉ-COBEM, evento que ocorre no dia anterior e prepara o COBEM. Foi aí que eu percebi como a educação médica ficava espremida entre as instituições. O curioso e o irônico é que eu estava num prédio que promovia e sediava naquele dia o Pré-Congresso de um evento brasileiro de educação médica.

Indagada sobre a localização do setor relativo à educação Médica na Biblioteca, ouvi da secretária. *“Essa parte de Educação Médica é mais na Medicina Social. São duas unidades diferentes”*. Pois bem. Fui então à Biblioteca do Instituto de Medicina Social da UERJ. Lá chegando fiz a mesma pergunta sobre a educação médica. Ouvi, dessa vez, bibliotecário do IMS/UERJ dizer seguinte: *“Essa parte é na Medicina eu acho.”* Nesse momento relatei o que a bibliotecária da faculdade de medicina me dissera. Que ela me indicara a biblioteca e o acervo IMS e que agora, era o IMS que me indicara a biblioteca e o acervo da Medicina. Ninguém tendo mais nada a acrescentar, fui embora conversando com os meus botões.

Não foi nenhuma surpresa, portanto, quando ouvi poucos dias depois um estudante de Medicina da UERJ reclamar da falta de integração entre o Instituto de Medicina social e o curso de medicina. Como se vê então aqui, visitas formais e conversas informais vão ajudando a montar um quadro de percepções e referências.

Mas os saberes e poderes também podem ser vistos em perspectiva numa rápida conversa informal em que os médicos ilustram como percebem a atuação dos pesquisadores das áreas de humanas em sua seara. Numa conversa durante uma atividade coordenada pelo prof. Ricardo Donato Rodrigues<sup>4</sup>. Após expor o que eu estava fazendo ali ele me perguntou, após uma leve e rápida dúvida e esquecimento do nome da pessoa resolvida pela pronta elucidação de uma colega de trabalho, o seguinte. *“Você conhece o Octavio Bonet<sup>5</sup>? Ele é antropólogo. Vai nas nossas reuniões e faz umas anotações das nossas brigas e tal.”*

Ou ainda sobre a nossa atuação e o nosso “investimento num congresso”. Na hora da inscrição ponderei sobre o seu elevado preço e tentei negociá-lo. Desta feita ouvi o seguinte de Elóisa Groissan, professora da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, vinculada ao Departamento de Pediatria na área de Medicina de Adolescentes e uma das coordenadoras do evento. *“Não dá. Esse valor é repassado pela ABEM.”* Dias depois nos encontramos no evento e ela me perguntou: *“Então, tá valendo o seu*

---

<sup>4</sup> Ver RODRIGUES, Ricardo Donato. **Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. V. 3. N.11. 2007. Acessar em <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/333s> Reencontrei o professor no COBEM pouco depois. Eu enviara um e-mail a ele solicitando algumas informações. “Vi seu e-mail. Vou responder”. Até o momento o professor não respondeu a esse e-mail.

<sup>5</sup> Ver BONET, O. **Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. \_\_\_\_\_ **Os Médicos da Pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.



*investimento?”* Percebi ali que nenhum questionamento ao preço exorbitante daquela inscrição foi mencionado. Um leve aroma de elitismo perpassou as minhas impressões acerca desse momento. Seja ou não bem intencionado, a realidade socioeconômica e cultural do campo médico é cara. Nesse pequeno episódio acerca da inscrição podemos ver emergir sutilmente essa faceta.

Mais interessante ainda se abre a questão se levarmos em consideração que o evento contava com uma maciça presença de pessoas voltadas à Medicina da Família, uma área médica considerada menos elitizada, por assim dizer.

Questões mais explosivas como a relação entre a Indústria farmacêutica, as tecnologias de ponta na medicina <sup>6</sup>, a manipulação de resultados de pesquisa em publicações científicas, dicas sobre a comprovação e o óbvio numa médica “pode ser óbvio, mas até a comprovação não é óbvio”.

Atravessam o imaginário médico dicas, sugestões e conselhos entre professores e alunos de geração em geração. Por exemplo, uma observação sobre a relação entre os medicamentos que são produzidos, entram no mercado e são prescritos ou proscritos pelos médicos.

Num exemplo de cadeia de transmissão cultural, saberes e poderes sobre o tema ouvimos um ex-aluno, agora professor repassar um conselho de ex-professor à plateia e aos seus alunos. “*um professor meu dizia não ser nem o primeiro nem o último a prescrever um medicamento*”<sup>7</sup>.

Nesse mesmo I Curso de Atenção Multidisciplinar ao Idoso, que contou com a participação e a organização dos estudantes da Liga de Geriatria da UFC, podemos ver ainda a discussão sobre o preço dos livros no mercado editorial. O professor Charlys Barbosa, coordenador da Liga Geriatria fez uma observação nesse sentido durante o I evento.

---

<sup>6</sup> Como a relação demográfica e biopolítica que ouvimos durante o IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde ocorrido entre 24 e 26 de Novembro de 2015 em Fortaleza. Nele ficamos sabendo que para que um município ou estado possa pleitear, por exemplo, um tomógrafo para o campo da saúde pública é necessário um perfil e uma relação mínima de habitantes por equipamento. Todas essas questões atravessam o processo de formação dos estudantes de medicina

<sup>7</sup> Observação feita durante o I Curso de Atenção Multidisciplinar ao Idoso, ocorrido entre o meses de Março e Abril de 2015 em Fortaleza.

Na oportunidade ele comentou sobre o preço dos livros de medicina no mercado editorial e a questão do acesso caro aos livros no país. “Você compra um Harrison pela metade do preço na Argentina”.

Adiantando aqui uma discussão travada no sétimo capítulo que compõe essa nossa tentativa de esboçar um mosaico articulado, podemos indagar: Quais interesses sociais e mercantis permeiam as concepções práticas e teóricas da sua formação acadêmica e universitário? Como as empresas, as universidades, os centros e laboratórios de pesquisa atuam no imaginário do estudante e futuro profissional médico?

Para não chatearmos a leitura com a compilação excessiva e monótona de uma série de pormenores em todos esses aspectos vamos dar um rápido sobrevoo num desses campos. Nalgumas frases e expressões presenciadas durante um painel ocorrido durante esse COBEM para ser mais preciso e indicativo. Ele tematizou e envolveu questões variadas e relativas ao mundo da ciência, a produção do conhecimento científico, a mídia, a influência das corporações no complexo industrial da saúde e a formação dos estudantes de medicina em meio a esse turbilhão de fatores e interesses.

Na mesa<sup>8</sup> da primeira parte da manhã do dia 9 de Novembro, ocorreu o painel “Tomada de decisões baseadas em evidências” coordenado por Fábio Antônio Abranches Tuche (UERJ).

André Luiz da Silva (PUC/RS), abordando om tema “Como estudar buscando fontes de evidências isentas de conflitos de interesse” disse que há médicos envolvidos com a Indústria Farmacêutica e diz que “nem sempre intervir com medicamentos é a melhor saúde”.

Sobre conflitos de interesses, o médico afirma que a “Ciência requer tempo. Não dá pra ser na mesma velocidade de uma postagem de Facebook”. Seguindo esse ponto, o autor seleciona algumas estratégias da indústria farmacêutica para distorcer pesquisas científicas.

Ele pergunta, insinuando que alguns autores são pagos para produzirem materiais publicados e indexados. Com essa atitude a Indústria busca interferir no

---

<sup>8</sup> Os outros membros e tema foram: “ Como estudar buscando fontes de evidências isentas de conflitos de interesse” por André Luiz da Silva ( PUC/RS), “ Racionalização das práticas clínicas e ampliação do custo-efetividade na APS” por Hamilton Wagner ( SMS/ CURITIBA) e “ O enfrentamento do poder midiático da indústria farmacêutica e das tecnologias médicas” por Rodrigo Bandeira de Lima (SBMFC/SES-PE).

campo científico através da mercantilização da atividade acadêmica e científica. “O que ele escreve é real ou é aquilo que ele é pago pra vender?”

Hamilton Wagner (SMS/ CURITIBA) discorrendo sobre o tema da “Racionalização das práticas clínicas e ampliação do custo-efetividade na APS” envolveu a análise de professores sobre os alunos e sua formação a partir de questões que envolviam o raciocínio clínico.

“Onde é que eu tô trabalhando tomada de decisões e julgamentos com os estudantes? Como é que estamos trabalhando a avaliação desse estudante?” ponderou ele. O painalista problematizou ainda a precipitação dos alunos através de aconselhamentos quase romanos de temperança. “Aluno de graduação têm ânsia de prescrever. Hora de prescrever. Tem que saber a hora de parar”.

Finalmente Rodrigo Bandeira de Lima (SBMFC/SES-PE) abordando o tema do “O enfrentamento do poder midiático da indústria farmacêutica e das tecnologias médicas disse que “Desde o 5º período a gente recebia visitas dos laboratórios”. Cutucando outras áreas da medicina disse ainda “Fiquei imaginando essa mesa num Congresso de Cardiologia”. Ele aproveita a mesa para criticar a midiaticização dos “meses coloridos” e afirma que essa abordagem empobrece e desqualifica a discussão das questões mais estruturais no campo da saúde. Segundo o expositor essas discussões e iniciativas se apegam às questões mais imediatas e conjunturais. A saúde assim é pensada somente a curto prazo. Nesse sentido, ela termina por deixar intocada as perspectivas de média e longo prazo.

E, numa investida mais dura – ao comentar a relação dos médicos com os laboratórios farmacêuticos e seus impactos funestos na formação do estudante de medicina comentou que era “preciso banir a indústria farmacêutica dos cenários formadores da graduação médica”.

Apresentadas as relações possíveis entre a discussão acerca do raciocínio clínico, a tomada de decisões baseadas em evidências, os conflitos de interesse, a indústria farmacêutica e a mídia vamos a outro segmento de nossa análise. Note-se que a formação dos estudantes de medicina foi abordada direta e indiretamente em todas as falas. Da visita dos laboratórios aos estudantes dos semestres iniciais a forma como temas tais como a tomada de decisões e julgamentos éticos, morais e científicos são tomados numa cultura médica assediada pela indústria farmacêutica.

Noutro exemplo, no diálogo promovido por Silvano Raia<sup>9</sup>, um dos pioneiros na cirurgia do fígado no Brasil e no mundo, nos leva a perceber inúmeras influências e referências que se inscrevem entre losofos saberes e poderes médicos. A História e a ética da medicina<sup>10</sup>, a forma e o conteúdo do raciocínio “vertical” e “horizontal”.

O médico abordou a questão da ética à filosofia de Platão e Aristóteles a partir do quadro de Rafael Sanzio “A Escola de Atenas”. Nesse quadro, Platão e Aristóteles estão no centro e Aristóteles está segurando um livro de ética.

O curioso aqui é que esse exemplo foi dado em meio a uma discussão sobre o necessário equilíbrio entre o progresso médico e a ética médica. Raia disse ter infringido o primeiro artigo do código de ética médica; dito e repetido ao longo da entrevista, em latim.

O que aqui nos interessa dessa discussão é que num só golpe de vista o pensamento renascentista que acionou a Filosofia Antiga dialoga com o mundo das mais recentes descobertas médicas no campo médica. É citado inclusive uma parceria com a autora de um livro que se preocupa com o tema da ética nessa contemporaneidade.<sup>11</sup>

Questões aparentemente distantes se cruzam. Se a citação explícita do argumento citando o quadro de Rafael tornou mais direta a conexão entre o mundo atual, o renascentista e o antigo, noutros momentos essas conexões advém de outras associações por nós sugeridas.

Por exemplo, numa atividade da Associação Brasileira de Alzheimer vimos surgir as metáforas do Amanhecer e do Anoitecer que nos remetem à discussões no campo da estrutura antropológica do imaginário, seus regimes diurnos e noturnos da

---

<sup>9</sup> Entrevista concedida a Roberto D`Ávila em Setembro de 2016.

<sup>10</sup> Na entrevista que assistimos Raia acionou o “filósofo” Max Weber a partir dos seus conceitos de ética da convicção e ética da responsabilidade.

<sup>11</sup> Silvano Raia citou uma parceria com Mayana Zats. Ver ZATS, Mayana. **GenÉtica: escolhas que nossos avós não faziam**. São Paulo: Globo, 2011.

imagem<sup>12</sup>. Detalhes também pode ser percebidos como a questão da relação entre o uso de eufemismos no tratamento com idosos<sup>13</sup>.

Uma das formas de nossa inserção e interação como pesquisadores foi sugerirmos e circulamos certos saberes e poderes. A dica do documentário do Pedro Nava ao Michel Alves, documentários e entrevistas de Franco Basaglia a alguns estudantes de medicina da UFC que se interessam pela área de saúde mental, a dica de leitura de autoras como Beatriz Preciado às estudantes que eram ligadas a coletivos feministas no COBEM ou ainda a sugestão de livros como Antropologia da Dor de David Le Breton à uma Liga da Dor constituem alguns exemplos dessa prática.

O que essas questões guardam em relação à nossa investigação? Exatamente a forma como alguns saberes e poderes vão se constituindo e cruzando a formação dos estudantes. Vamos ver como funcionam as relações entre a definição de estudante de medicina, médico, a relevância das ligas acadêmicas nesse processo e a contextualização da reforma curricular a ser implementada até 2018.

Como os estudantes veem a si mesmos? No **décimo sétimo momento** do nosso questionário irradiar essa solicitação. “*Como você definiria Estudante de Medicina?*” foi o mote.

Da mesma maneira que o estudante de Psicologia ou Jornalismo, é a pessoa que está se formando para ser médico. (...) Apaixonado pelo que faz. (...) É alguém que busca ajudar ao próximo e que está disposto a lutar pela vida de seus pacientes, nunca perdendo a esperança de prover a cura e o bem estar de seus doentes. (...) Alguém que escolheu seguir a vocação da “arte de salvar vidas” e que sabe o quanto árdua será a sua caminhada para tornar-se tão plenamente o que deseja, pois assim como trabalhará diante do início da vida, da cura, do bom restabelecimento da saúde das pessoas, será ele, muitas vezes, a última imagem vista por alguém, verá a tristeza, verá a perda. (...) pessoa comprometida com os estudos e interessada em ajudar o próximo (...). Perseverante, esforçado, (...). Estudante de um curso em que é necessário muita responsabilidade, pois, ao fim do curso, seremos responsáveis por promover ou manter a saúde de uma pessoa.

Quando perguntamos sobre como os estudantes de medicina definem conceitual e empiricamente a palavra *médico* tentamos perceber as premissas que

---

<sup>12</sup> Ver DURAND, Gilbert. **As Estruturas Antropológicas do Imaginário. Introdução à Arquetipiologia Geral**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Ouvimos a metáfora do “amanhecer” e do “anoitecer” em relação ao Alzheimer após a exibição do filme “Para Sempre Alice” numa atividade promovida pela Associação Brasileira de Alzheimer, seção Ceará em 2015. Logo após a sessão houve um debate e nele emergiram essas metáforas.

<sup>13</sup> Ouvida no I Curso de Atenção Multidisciplinar ao Idoso. Lembramos da discussão de Sergio Buarque de Holanda sobre o uso de apelidos e diminutivos aos santos no Brasil que está presente em seu Raízes do Brasil.

norteiam a formação do estudante de medicina e o seu ingresso no mundo profissional.

Diante da questão: *Como você definiria "Médico"?* nos foi respondido que:

Profissional que almeja ver seus pacientes com qualidade de vida. E para isso, trata doenças, identifica fatores de desestabilização daquele cliente, interfere nos fatores de risco, indica cuidados e prevenções. Dentro desse contexto amplo, me ofende o uso pejorativo da palavra “medicalizar”, reduzindo apenas à prescrição de medicamentos o nosso trabalho. Porém, é um desafio ser um profissional completo dessa maneira, uma vez que para atuar em tão variada vertente, é preciso dominar vasto conteúdo científico com propriedade, não se pode basear em achismos. Muitas decisões médicas decorrem do uso do bom senso, uma vez que ainda há muito conteúdo por se descobrir. Se já é um desafio definir condutas em ocasiões onde a ciência ainda não adentrou, imagine se não dominarmos o conhecimento que já está disponível, para nos dar uma sustentação. A formação do médico nunca acaba, porém, a maneira como o serviço de saúde se organiza não ajuda. Pois as emergências lotadas são a principal ligação dos sistemas de saúde e a população, e este espaço de atuação rápida permite não muito além da prescrição de medicamentos. (...). Cientista que cuida de pessoas (...). O médico é o profissional treinado para exercer a medicina, se ocupando da saúde humana prevenindo, diagnosticando, tratando e curando as doenças, o que requer conhecimento detalhado de disciplinas acadêmicas (como anatomia e fisiologia) por detrás das doenças e do tratamento - a ciência da medicina - e na sua prática aplicada. (...). Médico é alguém que tem a vocação de cuidar do outro e que a aceita e a exercita valorosamente todos os dias. É um sinônimo de esperança para muitos enfermos. É o ético, aquele que se vê, diariamente, diante da batalha da vida contra a morte e que sabe que tem de agir, mas que a linha que separa vida de morte é tão tênue que precisa vencer quaisquer medos, sentir-se seguro e buscar acertar, pois ele sabe que aquela vida não sofre sozinha. O principal a sabermos é que essa definição de “médico” cabe aos realmente médicos, excluindo-se disso aqueles que não o são, apenas formaram-se em um curso de Medicina. (...) pessoa que estudou muito para tratar pessoas (...). Profissional capaz de utilizar o que aprendeu em prol da saúde do seu paciente. Racional e humano ao mesmo tempo (...). Pessoa responsável por procurar as causas das doenças, procurando sua cura e/ou sua prevenção. Responsável pela promoção de saúde à população.

A **décima** interrogação versou sobre as ligas. Uma das perguntas-chave da pesquisa. Por isso, a diluímos no seio e no meio do questionário. Balizando e segmentando nossa investigação frente a todas as outras questões correlatas que envolvem a questão. *Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?*

Participar de grupos é essencial para crescer e se aperfeiçoar como pessoa. Além disso, tínhamos espaço para aprender questões científicas com quem tinha afinidade por determinados assuntos. Também as ligas constituem acesso a professores e possibilidade de fazer trabalhos para congresso e

publicar artigos. Também é nelas que tínhamos possibilidade de experienciar o atendimento nas áreas que tínhamos afinidade com antecedência aos demais colegas. (...). Formação humana, médica e curricular são o que mais é relevante. (...) Através das ligas nós podemos ter um contato maior com aquelas áreas que nos interessam mais, tendo um conhecimento mais aprofundado em relação ao que vemos na graduação. (...) Dão aos alunos a chance de um aprofundamento em uma área com a qual estes se identifiquem, e assim, podem ter uma maior certeza da sua especialização após a graduação. Além disso, dão aos alunos a possibilidade de contato mais próximo com o tripé que “move” a faculdade – ENSINO+PESQUISA+EXTENSÃO. (...) Interação e troca de experiências entre alunos de cursos e semestres diferentes, o aprendizado em si, o desenvolvimento de trabalhos, as bolsas. (...) Muito relevante, pois aprendi a trabalhar em grupo, nas suas dificuldades e benefícios. Além disso, pudemos ver a medicina de diferentes formas, além de usar nosso conhecimento em prol da comunidade nas extensões. Juntos conseguimos realizar muitos trabalhos, participar de congressos, o que importa muito para o curriculum. (...) Permite adquirir conhecimento de alguns temas que não são abordados de forma eficaz durante a faculdade, maior integração com a comunidade durante as extensões.

Depois de fundamentarmos historicamente as reformas curriculares dos cursos de medicina e sabermos que os cursos de medicina passam por uma reforma curricular a ser implementada até o ano de 2018, acionamos os estudantes a mencionar o fato na **décima quinta questão**. Foi-lhes solicitado que: *Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?*

Não conheço detalhes. (...) resposta marcada com um xis “x” (...). Não me aprofundei ainda sobre esse tema, e por isso, não tenho recursos para responder a essa pergunta. (...). Uma reforma que busca corretamente uma maior notoriedade para a assistência básica de saúde, mas que está fazendo isso em detrimento de áreas de suma importância para a formação médica. Afinal, o que é uma medicina filosófica sem o conhecimento fisiológico? É uma pessoa com uma caneta sem saber escrever. (...). Se for diminuir muito o número de aulas, tirando principalmente momentos de aprendizagem de assuntos essenciais, como anatomia, não acho válido. (...) Não conheço a reforma. (...). Não tenho muito conhecimento acerca da proposta. A universidade deveria abrir um espaço para diálogo e expor as propostas.

A educação médica, um dos conceitos principais desse trabalho, foi a tônica da **décima nona questão**. *Como você definiria "Educação Médica"?*

Árdua missão de formar médicos com visão ampla de cuidado integral à saúde, em um sistema que não favorece nem permite tempo para dedicar-se a tal arte além da prescrição de medicamentos. (...). Algo que precisa ser melhorado (...). É a ação de preparar seres humanos para lidar diretamente com a vida de outras pessoas, sendo necessária dedicação para educar de maneira eficiente e correta os novos profissionais. (...). Uma responsabilidade muito grande, pois é ter de saber preparar alguém pra lidar com a vida de outras pessoas, é assumir a formação de profissionais que estarão sempre andando na linha tênue entre o mar de rosas e o abismo. (...)



reflexo das universidades (...). Área encantadora, com suas dificuldades e sua racionalidade. (...). Capacitar os profissionais de saúde e proporcionar meios pelos quais eles irão atuar para melhorar a saúde, reverter epidemias, etc.

Isso tudo porque em perspectiva as *Diretrizes Curriculares* a ser implementada até 2018 assim pontua a questão da educação em saúde voltada aos estudantes de medicina<sup>14</sup>.

Art. 7º Na **Educação em Saúde**, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando: I - *aprender a aprender*, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; II - *aprender com autonomia* e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso; III - *aprender interprofissionalmente*, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; IV - *aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade*, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; V - *comprometer-se com seu processo de formação*, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos; VI - *propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis*, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e VII - *dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele*, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

É entre uma percepção e outra dessas pontas soltas que se situa essa investigação.

---

<sup>14</sup> Documento transposto no sétimo e último anexo desse trabalho. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências*. Resoluções a serem implantadas progressivamente até 31 de Dezembro de 2018. Destacamos aqui o artigo 40. Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.



## 1.1 Percurso Metodológico

Filosofia ou Comunicação? Eis que enveredei numa via de outras mãos, as Ciências Sociais. A memória do *percurso metodológico* de uma pesquisa visa aproximar o leitor do clima e da atmosfera sanguínea a partir de onde foram deslizando as indagações que palpitam nessa investigação.

Estágios de pesquisa e editais remunerados para estudantes de Ciências Sociais eram uma realidade muito difícil entre os anos da minha formação operada entre 1996 e 2001. Pesquisas em institutos do comércio, de sondagem eleitoral e o mapeamento de programas de qualificação profissional além de um sem número de outros bicos foram a tônica nos meus anos de graduação. Concluí o curso com uma monografia na área de antropologia política. O tema versava sobre as abstenções, votos brancos e nulos nas eleições presidenciais.

Assim que formado, morei e trabalhei num projeto- fazenda no norte do Paraná, a cerca de 120 km da cidade de Londrina. Ela ficava entre um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e uma aldeia Kaingang. O Sítio Balsa do Tibagi lidava com adolescentes em conflito com a lei. A realidade social, educacional, cultural, política, econômica e ambiental das escolas rurais se apresentou ali de forma intensa aos meus olhos.

Dessa experiência com uma das polícias mais violentas do país voltei ao Ceará. As lembranças da visita à uma instituição que lidava com crianças e adolescente com autismo ainda ressoavam e aí fui desenvolvendo o meu interesse em pesquisar o autismo. Percebendo que essa vontade de investigação não seria acolhido no curso de Ciências Sociais onde me formara procurei no curso de Pedagogia uma alternativa para dar vazão a esse sentimento. De uma cadeira como ouvinte em Educação Especial montei e apresentei um projeto de pesquisa de mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. E foi através da educação inclusiva que passei dois anos e meio discutindo os teóricos e as investigações concernentes às áreas de pesquisa no núcleo de Desenvolvimento, Linguagem e Educação da Criança. Um campo generoso que acolheu as minhas inquietações enquanto pesquisador e ampliou muitas possibilidades de investigação e interrogação empírica.

Após concluir o mestrado em Educação Brasileira também na UFC e prestar um concurso para professor substituto voltando ao mesmo curso de Ciências Sociais onde me formara ainda ouviria de um dos membros da banca dizer “Agora é hora de pesquisar coisas sérias”. Inquietava-me a declaração porque entendia que a tradição estabelecida com Roger Bastide e a sua *sociologia das doenças mentais* andava completamente submersa nas memórias teóricas e práticas da minha graduação.

Como se sentir sociólogo, antropólogo e cientista política no universo da educação <sup>15</sup>? Ora, foi nesse universo onde pude exercitar com mais vigor as elucbrações adquiridas durante a graduação. Entre a experiência como substituto e os anos que passei como professor em universidades particulares no interior do estado do Ceará foram se amalgamando uma série de relações, aproximações e afinidades com o complexo tema do Alzheimer. Intuindo que uma mudança de núcleo de ângulo de análise poderia favorecer a problematização dessa nova seara resolvi apostar numa mudança de núcleo. Do Desenvolvimento, Linguagem e Educação da criança migrei para o de História e Memória. Ali a historicização da patologização da memória poderia encontrar um ambiente fértil para as indagações que iam se disseminando uma dupla interrogação ali se enovelava: a primeira dela é Por que há um espaço ontológico e epistemológico para hesitar sobre a natureza do autismo? Isto é por qual motivo se polemiza as causas genéticas, sociais ... uma diferença e não uma doença e essa possibilidade não é reconhecida no Alzheimer? A segunda: como interrogar a patologização da memória através das modernas tecnologias das imagens médicas?.

Essas inquietações de fundo ainda permeiam, de uma forma ou de outra, as atuais análises sobre educação médica, o tema maior do presente trabalho. No entanto, em se apresentando um tema ainda incipiente para a prática e o saber médico no campo empírico em que encontrava me obrigado a reformular a ideia inicial e partir para uma problematização de fundo. Semear e localizar uma crítica de fundo a partir de onde poderia em seguida inquirir essas pressuposições iniciais.

Vir de um curso de Ciências Sociais e se pós-graduar no campo da Educação Brasileira e pesquisar uma pequena parte do universo médico me possibilitou atravessar por inúmeras sensações e experiências sociais, culturais e políticas curiosas. Em nenhuma dessas posições me encontra totalmente afinado com a definição cabal dessas nomenclaturas. O transito interdisciplinar era desafiador. Mas nem sempre.

Do interesse pelas neuroimagens até aportar nas ligas acadêmicas se passou muita coisa no campo de pesquisa. Foi por esse motivo que o conceito de “relações de saber e relações de poder” propostos por Michel Foucault se impregnaram de forma tão intensa na minha rota de pesquisador. Não pesquisar apenas o que se entende por importante e interessante; mas, sobretudo, parecia haver uma lógica dinâmica em que sujeito e objeto iriam se construindo e se descontinuando ao longo do percurso. O sujeito e o objeto não estão parados e pré-determinados em relação a uma realidade inerte que apenas espera por ser desvelada e descoberta. Todos os elementos estão

---

<sup>15</sup> Ver uma problematização sobre as condições de possibilidade nas quais se inscreve o discurso sobre o desenvolvimento da “auto-identidade”, do “auto-conceito” e da “consciência de si” na pedagogia atual. LARROSA, Jorge. **Tecnologias do Eu e Educação** IN. SILVA, Tomaz Tadeu da. O Sujeito da Educação: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 2010. pp 35-86.

dinamicamente entrelaçados. Foi vivenciando essas dimensões que o método da pesquisa e o seu objeto foram sendo burilados. Nesse percurso nem sempre o desejado é o esperado. E frequentemente extraímos do campo algumas particularidades a que nos foi possível deparar.

## 1.2 Comitê de Ética nas Relações Saber e Poder

De acordo com o antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira os pesquisadores das áreas de humanas pesquisam COM e não EM seres humanos. O professor Luís Fernando Dias Soares atualiza essa discussão em relação à ingerência cometida pelos pesquisadores e órgãos ligados à Saúde em relação as Humanidades. No dia 15 de Abril de 2016, o pesquisador apontou ainda, numa matéria veiculada no site da ABRASCO<sup>16</sup> sobre a aprovação da resolução sobre ética em pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais, os retrocessos envolvidos e inscritos desse documento. Nessa relação entre saberes e poderes. Segundo Duarte, as últimas resoluções do sistema CEP/CONEP atestam uma situação muito grave e complexa. Ele afirma que:

Para muitos de nós, o sistema CEP/Conep é um sistema excessivamente vasto e centralizado, com riscos muito altos de burocratização; pouco propício à necessária tarefa reflexiva e educativa que a gravidade e complexidade da matéria exigiria continuamente. Será necessária uma grande luta para transformar o sistema com o aporte crescente e sistemático das Ciências Humanas e Sociais.

Dias Duarte<sup>17</sup> finalizou sua avaliação ressaltando que as associações precisam decidir como lidar com a disposição original e prioritária apontada pelo GT da FACHSSA para a criação de uma “via externa” ao Ministério da Saúde (possivelmente no Ministério de Ciência Tecnologia e Inovação) para a avaliação da ética em pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais. “Nesta nova fase, de implementação dos mecanismos suplementares da resolução aprovada pelo CNS, será possível ou conveniente se conformar com a “via interna”, lutando dentro dela?”

---

<sup>16</sup> Ver <https://www.abrasco.org.br/site/2016/04/aprovada-a-resolucao-sobre-etica-em-pesquisa-nas-chs/>

<sup>17</sup> Ver a coletânea organizada pelo autor em que são abordados personagens históricos e estratégicos para o processo de institucionalização da psicologia, da psiquiatria e da psicanálise no Rio de Janeiro e no Brasil, tais como Teixeira Brandão, Juliano Moreira, Leonídio Ribeiro, Ulysses Pernambucano, Helena Antipoff, Júlio Porto-Carrero, Arthur Ramos, Roger Bastide e Emilio Mira y Lopes. Ver. DUARTE, Luiz Fernando Dias (org). **Psicologização no Brasil**: atores e autores. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2005.

Esse imperialismo bioético é também objeto de reflexão no trabalho A regulamentação e controle social em pesquisa e o imperialismo bioético e ainda abordada por pesquisadores como Emil Sobottka<sup>18</sup>.

Durante a pesquisa de campo várias foram as vezes em que os desafios, os impasses, as contradições e as ambiguidades dos atores foram figurando. Por essa razão a questão dos **Comitês de Ética em Pesquisa** foi levada em consideração a partir das relações saber e poder. Utilizamos, como base para nossa análise de um dossiê especial editado pela Revista Brasileira de Sociologia sobre os comitês de ética em pesquisa. Levando em consideração a observação de Roberto Cardoso de Oliveira, pensamos que pesquisamos “com” e “não em” seres humanos. A possível ingerência e burocratização da atividade de investigação científica dos pesquisadores oriundos das áreas da ciências humanas no campo da saúde é polêmica. Nos vimos enredados no seio dela ao longo da pesquisa. Ao invés de contornarmos, suprimirmos ou escamotearmos a questão resolvemos problematizá-la de forma epistêmica e metodológica. “Se o seu projeto não passar por aqui, sua pesquisa não andará pra canto nenhum.” foi o que ouvi da secretaria do núcleo de ética do hospital universitária. A frase foi mencionada com uma gratuidade e com uma naturalidade tão ríspida que resolvi investigar sobre o assunto. E percebi que meu sentimento enquanto pesquisador se irmanava ao de milhares de outros pesquisadores da área de humanas que pretendem construir um diálogo democrático entre os poderes e saberes da interdisciplinaridade.

Em nota recente, de Janeiro de 2016, a Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd) através do Grupo de Trabalho Ciências Humanas e Sociais/CONEP manifestou e salientou a urgência e a importância da mobilização da área no debate da Ética na Pesquisa. O trecho final da declaração demonstra a preocupação diante do desapego em relação às práticas democráticas na pesquisa científica e com a ingerência das ciências biomédicas sobre as ciências humanas e sociais eixo ao qual o campo da educação está acadêmica e institucionalmente vinculado.

“O GT lamenta que a CONEP continue tomando decisões que expressam desconfiança e resistência em relação à minuta elaborada pelo GT, materializadas em alterações de procedimentos anteriormente acordados. O GT é composto por representantes das associações científicas de CHS, por representantes da CONEP e por representantes do Ministério da Saúde – e

---

<sup>18</sup> Ver REVISTA BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA | Vol 03, No. 05 | Jan./Jun./2015.

suas decisões sempre foram construídas coletivamente. Os representantes das CHS foram convidados pela própria CONEP/CNS enquanto responsáveis pela definição tecnicamente competente das condições em que a ética deve ser avaliada na pesquisa em CHS – e para isso têm trabalhado com afinco e profundo senso de responsabilidade. As decisões incorporadas ao texto da minuta decorrem desse conhecimento específico de que são os legítimos porta-vozes (em caráter pessoal e por força da delegação de suas associações) e visam, por outro lado, garantir que o sistema futuro venha a ser suficientemente democrático para que as decisões relativas à avaliação da ética em pesquisa nas CHS não voltem a ser ditadas pelas ciências biomédicas e pela bioética.“

A Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPEd – desde 2013, possui representação no GT de Ciências Humanas e Sociais da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, encarregada de elaborar uma Resolução Complementar à Res. CNS 466/2012, referente à pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. A partir dessa participação, foi criado um espaço no Portal da Anped para divulgar notícias da referida comissão; textos e vídeos; documentos, etc. Em abril de 2015, a ANPEd criou uma Comissão para fomentar o debate sobre Ética na Pesquisa<sup>19</sup>.

A Associação Brasileira de Antropologia (ABA). "Foi finalmente publicada a Resolução no. 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que regula a avaliação da ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais (Diário Oficial da União Nº 98, seção 2, de 24 de maio de 2016, páginas 44 a 46). A resolução entrou em vigor no momento da publicação, dependendo apenas alguns aspectos de sua implementação da publicação da futura resolução específica sobre riscos e da necessária alteração da estrutura dos formulários da Plataforma Brasil. Como se sabe, esse é um passo importante da luta que vêm mantendo há anos as associações de ciências humanas e sociais, irmanadas no Fórum de Associações de Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, para garantir uma avaliação da ética nos procedimentos de pesquisa que seja condizente com as características e especificidades dessa área de saber."<sup>20</sup>

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) - " No último dia 21, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), submeteu à sociedade por Consulta Pública a minuta complementar à Resolução CNS n 466/2012 referente as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Sociais e Humanas e de outras que se utilizam de metodologias

---

<sup>19</sup> Ver. <http://www.anped.org.br/news/texto-produzido-pela-comissao-da-anped-etica-na-pesquisa>.

<sup>20</sup> Ver. <http://www.portal.abant.org.br/index.php/comite-de-etica-em-pesquisa-nas-ciencias-humanas>

próprias dessas áreas específica sobre a Ética em Pesquisa nas Ciências Sociais e Humanas. O prazo para participação e envio de sugestões e críticas vai até 04 de setembro.)<sup>21</sup>.

A Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) também se manifestou<sup>22</sup> e através da Revista Brasileira de Sociologia publicou o “Dossiê Ética na Pesquisa: Caminhos e Descaminhos Teóricos e Metodológicos”: Lançamento da Revista Brasileira de Sociologia no Congresso em Porto Alegre. O “Dossiê Ética na Pesquisa: Caminhos e Descaminhos Teóricos e Metodológicos”<sup>23</sup> será lançado no próximo Congresso da SBS. É uma resposta crítica da SBS aos impasses surgidos nos processos de regulamentação sobre Ética na Pesquisa Social, pelo Conselho Nacional de Saúde. Pela palavra de vários autores, sociólogos, antropólogos e historiadores brasileiros, o Dossiê (RBS, vol. 3 (5), jan/jun 2015) soma-se a inúmeras iniciativas de toda a comunidade de Ciências Humanas e Sociais, que busca resguardar o controle sobre as áreas de atuação das CHS e defender nosso espaço – historicamente consolidado e inalienável – de avaliação ética, arbitramento e decisão sobre pesquisas com seres humanos."

Podemos atualizar para um futuro bem próximo a continuação desse debate. O VII Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde que tem como tema "Pensamento Crítico, emancipação e alteridade: agir em saúde na (ad)diversidade. Será realizado entre os dias 9 a 12 de Outubro em 2016 na Universidade Federal de Mato Grosso ( UFMT). Coordenado por Debora Diniz (UNB); Dirce Bellezi Guilhem (UNB); Érica Quinaglia Silva (UNB), o resumo da apresentação do GT 24. Ética em pesquisa: desafios da pesquisa social em saúde para o atual sistema de revisão ética circunscreve esse debate

"A reflexão sobre os aspectos éticos implicados na realização de pesquisas que envolvem pessoas e/ou grupos de pessoas é fundamental para o desenvolvimento científico e para a preservação de direitos humanos universalmente consolidados. Especificamente em relação às pesquisas em ciências sociais e humanas em saúde, são numerosas as questões apontadas por tal reflexão. O atual sistema de regulação da ética em pesquisa no Brasil, que é integrado pela Comissão Nacional de Ética em

---

<sup>21</sup> Ver. Acesse aqui a Resolução CNS nº466/2012.- <https://www.abrasco.org.br/site/2015/07/desafios-das-pesquisas-em-ciencias-sociais-e-tema-de-mesa-no-abrasco/> .

Ver [http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1579:conclamacao-aos-pesquisadores-professores-e-estudantes-das-areas-de-ciencias-humanas-e-sociais-chs-sobre-a-tramitacao-da-minuta-da-resolucao-da-etica-em-pesquisa-em-chs-conepcnsmms-no-conselho-nacional-de-saude-cns](http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1579:conclamacao-aos-pesquisadores-professores-e-estudantes-das-areas-de-ciencias-humanas-e-sociais-chs-sobre-a-tramitacao-da-minuta-da-resolucao-da-etica-em-pesquisa-em-chs-conepcnsmms-no-conselho-nacional-de-saude-cns)

<sup>23</sup> Ver - <http://www.sbsociologia.com.br/revista/index.php/RBS/issue/view/9/showToc>

Pesquisa e pelos Comitês de Ética em Pesquisa, foi idealizado à luz dos estudos biomédicos. A Resolução 466/2012, que contém as diretrizes que norteiam esse modelo de revisão, embora tenha a pretensão de ser um documento válido para todas as áreas disciplinares, traz como base normas e métodos de pesquisas do campo biomédico, estranhos às pesquisas das ciências sociais e humanas em saúde. Ora, cada campo disciplinar possui uma metodologia própria e pressupõe uma sensibilidade ética específica. Assim, este Grupo de Trabalho visa a reunir trabalhos que apontem para reflexões suscitadas pelas particularidades da pesquisa social em saúde. Repensar a avaliação ética de projetos que utilizem metodologias qualitativas de levantamento e análise de dados e propor sistemas mais inclusivos de revisão trata-se, assim, de um desafio ainda em construção.

Finalmente podemos perceber a lacuna e o incipiente e tímido diálogo entre o campo médico e as ciências humanas, históricas e sociais<sup>24</sup> numa universidade – como a Federal do Ceará – através de uma chamada recente no site da instituição. Postado no dia 30 de Setembro de 2016, o tema e a discussão foram assim abordados: *Ética na Pesquisa em Ciências Humanas é tema de discussão na terça-feira (4)*

Na próxima terça-feira (4), o Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS) da Universidade Federal do Ceará recebe a visita do médico Jorge Venâncio, atual coordenador da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. O evento será realizado no Auditório Antônio Jucá (Rua Prof. Costa Mendes, 1608, 1º andar, bloco didático da Faculdade de Medicina – Rodolfo Teófilo), das 10h às 12h. Na ocasião, será divulgada e discutida a Resolução n 510/2016, recentemente aprovada no Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que traz alterações importantes nas diretrizes éticas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, antes orientadas pela Resolução nº 466/2012. A conversa é aberta a todos os interessados, pesquisadores, profissionais e alunos. Fonte: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFC .

### 1.3 Apresentação dos capítulos

No primeiro capítulo problematizaremos os conceitos fundamentais que norteiam a investigação e o tema da educação médica no Brasil e no mundo amparados no diálogo entre a realidade e a teoria a partir de Gabriel Tarde, Georg Simmel, Michel Foucault, Georges Canguilhem e Georges Rosen no plano mais geral. No aspecto mais local as obras históricas de Pedro Nava, Célio Brasil Girão e Alencar Araripe nos permitirão chegar aos cômodos mais próximos de nossa realidade. Obras seminais como a de Sergio Arouca, Sidney Chalhoub, Roberto Machado e Madel Luz foram capazes de realizar o trânsito entre as produções científicas de continentes diversos e realidades aproximáveis.

---

<sup>24</sup> Dentre os clássicos não vislumbrados nessas discussões, ver DILTHEY, Wilhelm. **A Construção do Mundo Histórico nas Ciências Humanas**. São Paulo: Unesp, 2010.



Imprimindo uma visão abrangente, dinâmica, articulada e atualizada sobre o contexto histórico da educação médica abordamos sua situação no Brasil e no mundo. Em solo pátrio percebemos a relação entre a medicina e a constituição do estado brasileiro. Em seguida, a educação médica é percebida em relação a situação latino-americana. A importância simbólica e histórica da oitava conferência nacional de saúde realizada em 1986 é associada e recortada junto ao pensamento de Sergio Arouca. A ideia é não perder de vista as relações continentais que permeiam a prática médica brasileira. Sendo muito comum a associação ou olhar norte-americano e europeu sobre a questão, pensamos em fazer um contraponto na forma de abordar a questão de uma forma não etnocêntrica.

Os pressupostos sociais, políticos, culturais e educacionais da sociologia e da educação médica são tematizados em seguida no sentido de alinhavar as premissas dos argumentos utilizados na formação ética, humanista, crítica e voltada às demandas, interesses e necessidades da sociedade.

A educação médica no Ceará e a história da Educação Médica no Curso de Medicina da UFC, principal instituição formadora no campo médico são vistos logo em seguida, Cabe salientar que, nesse tópico, serão problematizados a forma como os personagens e os mitos de origem da educação médica são narrados e inventariados. A estrutura e o funcionamento da Faculdade de Medicina, a estrutura curricular do curso de Medicina, o núcleo de Educação Médica, as ligas acadêmicas e as metodologias de ensino e aprendizagem na educação médica são apresentadas para que possamos ir nos aproximando, desde logo, ao clima em que se encontram as subjetividades e institucionalidades pesquisadas. Numa outra linha de especulação esboçamos a chamada medicina baseada em evidências, provavelmente a principal linha metodológica de ensino aprendido atualmente exercitado nas escolas médicas. O método indiciário proposto por Carlo Ginzburg e tematizado na forma de semiologia médica por Jorgen Nordestrom compõe um instigante campo de análise ao qual pretendemos apontar algumas possibilidades norteadas. As relações sociais, políticas, históricas e culturais entre os saberes e poderes não-formais e formais na educação médica fecham o primeiro capítulo. Sua inscrição se deve ao contínuo diálogo existente entre a academia, a sociedade e a realidade vigente.

O tema central da pesquisa é abordado no **segundo capítulo**. Semeado o terreno empírico em que repousamos nossa investigação no primeiro capítulo, as Ligas acadêmicas de medicina são vistas de forma mais detida e detalhada logo em seguida. Uma espécie de amostra para que pudéssemos avaliar o contexto mais amplo em que as Ligas se inserem: a educação médica e o complexo industrial da saúde. O contexto e a trajetória das ligas situam o histórico das ligas acadêmicas de Medicina. O surto atual



das ligas aliado a uma explosão institucional nos últimos anos e a abertura de novas escolas médicas públicas e privadas pelo país afora torna-se aqui objeto de escrutínio. Sendo formatada como uma das principais atividades extracurriculares dos alunos de graduação, a atividade extensionista das ligas serviria, pedagogicamente falando, para ajudar a promover e a desenvolver um espírito e uma prática mais humanizada, ética e crítica; condizente com as demandas sociais da população.

A atividade extensionista das ligas está encravada entre o tripé ensino, pesquisa e extensão, os movimentos e as organizações estudantis, as diretrizes nacionais curriculares, as leis de diretrizes e bases da educação, as metodologias ativas de aprendizagem do ensino médico, as comissões de avaliação do ensino médico, o perfil e as demandas sócias, culturais, políticas e econômicas do mercado de trabalho no campo da saúde, a atuação dos sindicatos e corporações médicas e as reformas curriculares. A crítica à popularização da ciência se dá pelo possível assistencialismo inscrito nesse tipo de atividade.

A estrutura, o funcionamento e o caráter interdisciplinar das Ligas são abordados. Discorrer sobre o tema Ligas se faz no seio de uma série de atividades e relações institucionais que se cruzam, se avizinham, se complementam e se afastam de acordo com o ângulo de observação e as circunstâncias. A composição de algumas ligas assume caráter interdisciplinar. Isto é, não são apenas estudantes de Medicina que fazem parte das ligas. Alunos de cursos como enfermagem também fazem parte dessa lógica. A lógica de estruturação das Ligas atende a critérios prescritos nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para tornar mais vívido a forma como elas funcionam adotamos uma sistemática nacional e local. No nível nacional pesquisamos a forma como as duas principais organizações estudantis lidam com as Ligas.

O movimento dos estudantes de medicina, através da Direção Nacional dos estudantes de Medicina (DENEM) e da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM). As ligas não são centros acadêmicos ou mesmo programas especiais de treinamento; mas atuam e se situam, algumas vezes, no limiar dessas competências. Dado a intensidade com a qual vem ganhando espaço recente, tornou-se objeto de interessantes discussões acerca das relações entre a formação discente, a coordenação docente, o ensino, pesquisa e a extensão e de uma forma mais ampla: as políticas de educação voltadas ao campo do ensino superior em saúde.

A liga de gerontologia da UFC foi o projeto que mais colaborou em todo esse processo. Por isso, ela nos servirá para iluminar uma área que conta com cerca de 60 especialidades médicas na Universidade Federal do Ceará. Um microcosmo para lidar com um outro nível de segmentação. O dispositivo Alzheimer, um das principais

doenças neurodegenerativas tratadas pela Gerontologia foi o eixo de ligação que nos aproximou, desde o início, a essa investigação. Como dito no percurso metodológico ao iniciarmos as comparações e especulações entre o Autismo e o Alzheimer. Em se tratando da patologização da memória é a partir daqui que intensificamos as possíveis ressonâncias entre o tema e as discussões entre a história, a memória e a educação.

As ligas acadêmicas, os espaços extracurriculares, as práticas socioculturais inscritas na educação médica são tematizadas a partir da atuação das Ligas. Campanhas e mobilizações em dias e meses nacionais de saúde, atuação em prestação de serviços públicos em praças, visitas e acompanhamento em instituições, participações da rádio universitária da UFC são exemplos desse tópico. A lida e o intenso contato com as pessoas que vão ao Campus do Porangabussu em busca de tratamento: hospital universitário, maternidade escola, ambulatório de gerontologia, pediatria, odontologia, o Hemoce, etc. levantam- nos inúmeras questões sobre as relações entre a universidade e a sociedade.

**No terceiro capítulo** as narrativas dos membros das ligas acadêmicas de medicina , objeto maior desse estudo, assumirão o seu devido lugar na pesquisa. É nele que os estudantes comparecem mais diretamente ao texto da pesquisa. Foram alinhavados depoimentos de estudantes de medicina a nível local e nacional.

Um diálogo com a leitura de Marylin Strathern sobre o perspectivismo de Eduardo Viveiros de Castro foi importante para fazer emergir as filigranas mais espessas de significação sob a volatilidade do suporte oral e digital. A polifonia de Bakhtin é atualizada através da antropologia polifônica de James Clifford. São múltiplas as vozes que atuam e atravessam as crenças e os desejos dos graduandos em Medicina. Esses discursos em rede atuam em forma múltipla e multiprofissional atentos às questões multifatoriais. Por essa razão, os saberes e poderes científicos, populares e ancestrais. Da caça as bruxas medievais à inquisição portuguesa, as artes e ofícios de curar vivenciados durante as passagens e as paisagens sociais, políticas e culturais da colônia, o império e a república por charlatães, curandeiros e médicos, as feitiçarias, os conhecimentos indígenas e a formas bélicas como essas estruturas de significação foram se sedimentando ao longo da institucionalização do imaginário médico são tematizados pela sua atualidade e relevância.

As expressões verbais, as gírias e idiossincrasias coloquiais e gramaticais e prosódias, os ritmos, os termos, as entonações, as intenções, as performances e as vibrações do “falar médico” são levados em consideração histórica e institucional nesse segmento do capítulo. Promovendo uma escuta sensível. Patrícia Tempsi nos impressionou com a delicadeza com a qual recortou múltiplos registros escritos das narrativas da saúde.

Dada a posição estratégica que o discurso médico assume em nossa sociedade, as lógicas de argumentação, a potência e o discurso médico na educação médica serão sondadas nesse tópico. Qual a relação dos médicos com os demais profissionais da área de humanas, no caso especial, com os educadores?

A preocupação com as questões relativas ao corpo, ao gênero e à violência na Educação Médica, a medicalização do corpo feminino e o papel das mulheres na medicina se dá por conta de vários fenômenos e situações observadas em campo. Pixações relatando casos de violência e estupro em muros do Campus de Porangabussu em Fortaleza, performances e murais realizados durante o 53º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM). O ponto máximo dessas narrativas são as denúncias acerca de estupros, práticas homofóbicas, machistas e assédio moral de professores em relação às alunas é o foco desse intrigante e polêmico retrato da formação médica nos dias atuais. Além disso, áreas como a Ginecologia, a Pediatria e a Obstetrícia podem levar ao cabo e ao fim a questão de gênero na teoria e na prática médica e da sua formação, por conseguinte.

**No quarto capítulo**, duas das principais organizações estudantis de medicina do país envolvidas com atividades ligadas às Ligas são analisadas a partir da ótica das relações entre o público e o privado. A Diretoria Nacional dos estudantes de Medicina e a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina serão em vistas em perspectiva: as relações entre o público e o privado na educação médica. A emergência histórica do movimento estudantil em Medicina será observado através de sua movimentação mais recente através da criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM). A contextualização da atuação de duas outras entidades. A Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA) e a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (AEMED-BR) não serão analisadas mais detidamente tendo em vista os limites desse trabalho.

De uma forma geral se pode levantar a hipótese de que as agremiações estudantis atuam sob a égide de princípios sociais, culturais, políticos e econômicos distintos e que operam sob o signo do público e do privado, do estado e do mercado. Assim é que podemos perceber, por exemplo, uma certa filiação e uma maior afinidade à participação pública e estatal no trato das políticas de saúde e à defesa do Sistema do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da DENEM. Em contrapartida, a defesa da atuação da medicina corporativa e empresarial corporificada por parte da AEMED traduz os princípios ideológicos privatistas e mercantis nos meios estudantis médicos.

Assim é que o conceito e a visão dos tipos, formas e conteúdos do perfil da educação médica a ser exercitada na formação dos estudantes de Medicina e atuação

dos mesmos nas Ligas são atravessadas por concepções práticas e teóricas governamentais e empresariais. Passo a passo com essa questão, a judicialização da saúde e o financiamento estudantil são vistos em seguida. Encerramos o capítulo com uma visão mais nuançada sobre a educação médica sob o ponto de vista da ABLAM e sob o ponto de vista da DENEM.

No **quinto capítulo**, as metodologias educacionais, as práticas culturais digitais e as tecnologias médicas a elas associadas serão acionadas. A problematização exercitada se apoiará nalgumas proposições de André Lemos, Lucia Santaella, Bruno Latour e e André Lemos e Mandarino. Na era das redes sociais de comunicação digital e virtual nos seria muito difícil destratar esse assunto ou não abordá-lo de forma mais percuciente nesse trabalho. Assim é que os tópicos do capítulo trataram de forma subsequente os temas a que assistimos desenrolar nosso campo de pesquisa. De saída, a educação médica e as tecnologias de aprendizagem em perspectiva serão abordadas. Os laboratórios de simulação, a educação a distância e a telemedicina serão abordadas por conta da sua profusão e difusão cotidiana nos cenários de informação e aprendizagem.

Parte da coleta de dados da pesquisa se deu a partir do mapeamento virtual de membros das Ligas Acadêmicas de Medicina e da Direção Nacional de Estudantes de Medicina. Assim é que a metodologia desse mapeamento será ilustrada. Porém, salientamos que não nos orientamos pelos conceitos norteadores da etnografia virtual. Dialogando com uma corrente que pavimenta o caminho existente entre Gabriel Tarde, Bruno Latour e André Lemos prestamos o nosso entendimento ao trato da questão e a forma metodológica com que intuímos cientificamente a questão.

O tópico “Em busca de um teoria da imagem nas imagens médicas: o caso das neuroimagens no Alzheimer” se dá pela necessidade de amarrarmos a possibilidade de um teoria da imagens médicas. Como sabemos a cadeia produtiva que envolve a produção das neuroimagens, os voxels, vão desde os cálculos e programas bio-informatizados capazes de produzir, mas não traduzir essas imagens à semiologia médica; esta sendo habilitada a traduzir, não é capacitada a produzir essas imagens. Dado o aspecto simbólico da Neurociência e da Neurologia no universo da formação do graduando em medicina resolvemos esboçar e problematizar esse percurso existente entre a produção e a tradução das imagens médicas e seu impacto na formação dos alunos que pertencem às Ligas Acadêmicas de Medicina que atual no segmento da Neurociência, da Neurologia e da Neuroimagem.

O **sexto capítulo** versa sobre as Políticas Sociais e a Educação médica. Os programas de financiamento público às entidades privadas dentro da ampliação e reestruturação as Universidades Públicas (REUNI) que propiciaram um boom nas escolas médicas país afora é objeto de escrutínio no tópico seguinte. O Programa

Universidade para Todos (ProUni) e o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) são programas do Governo Federal de acesso ao ensino superior privado. Por meio do ProUni, os estudantes podem obter bolsas parciais (50%) ou integrais (100%) em faculdades particulares. Já o FIES concede empréstimos a juros baixos, de 3,4% ao ano, para pagar as mensalidades da faculdade privada.

Tendo em vista a repercussão desses programas no boom institucional da abertura de escolas médicas públicas e privadas país afora e, portanto, o seu reatamento na formação dos estudantes e o balé das Ligas exercitado nessa formação é que salientamos o debate.

O programa “Mais Médicos” dado o seu peso estratégico, o impacto na educação médica e nas reformas curriculares a ser implantadas até o ano de 2018 e o impacto no mercado de trabalho dos futuros médicos seguem a análise. A questão da revalidação do diploma será percebida historicamente desde os primórdios da institucionalização das faculdades e dos registros dos diplomas médicos no Brasil do Império até os programas republicanos e reformas curriculares ao qual o “Mais Médico” se filia. Fechando o capítulo analisamos a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM) a ser implantado a partir de Agosto de 2016. A proposta da avaliação vem provocando reações políticas das entidades estudantis aqui observadas que merecem um tratamento mais atento.

O **sétimo capítulo** abordará a discussão e análise dos estudantes de medicina e o mercado de trabalho médico. Nele as narrativas dos estudantes de medicina serão interrogadas a partir da análise das relações entre poderes e saberes que atravessam o campo da educação médica. Os desafios, os conflitos, os impasses, as hesitações e as descontinuidades ganham vida nessas narrativas. Em seguida, perfilaremos trajetória do estudante que culmina na sua inserção no mercado de trabalho do complexo industrial da saúde. Tema complexo e delicado envolve o sentido da formação do estudante. Quais interesses sociais e mercantis permeiam as concepções práticas e teóricas da sua formação acadêmica e universitário? Como as empresas, as universidades, os centros e laboratórios de pesquisa atuam no imaginário do estudante e futuro profissional médico?

A partir de um diálogo com Giorgio Agamben problematizaremos a questão metafísica do processo de subjetivação médica. Como vai se incorporando, moldando e instaurando na personalidade de um jovem a ontológica questão do “Ser Médico” é o que norteia o tópico dessa parte da investigação. O tópico final versa sobre o diálogo entre a filosofia da diferença e o pragmatismo norte americano e aos seus reatamentos no campo da problematização das correntes que pensam, regem e agem a educação médica.

Todos os capítulos servem e atuam em prol de construir um cenário que possibilite, ao mesmo tempo, compor a articulação entre os saberes e poderes que envolvem o campo médico, atravessam a educação médica e as ligas acadêmicas de medicina e subsidiar as interrogações principais da pesquisa.

Depois das **considerações finais** articulamos de forma sintetizada os capítulos, elencamos os apêndices e os anexos e os motivos da sua inscrição no trabalho assim como os referenciais bibliográficos utilizados ao longo de todo esse percurso.

## 2. O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA ATUALIDADE

Da prática da trepanação milenar abordada como prática médica por Câmara Cascudo<sup>25</sup> ao uso das tecnologias imagens médicas no ensino médico atual muitos trabalhos de cunho histórico sobre o tema da Medicina são iniciados com uma contextualização social, cultural, política e econômica dos termos da pesquisa das suas supostas origens até o momento atual ou até o momento em que o recorte temporal realizado alcança. Correndo o risco de incorrer nas maldições de um espírito evolucionista e mesmo anacrônico procuramos proceder de forma um pouco diferente. A ideia é interrogar o tema das ligas acadêmicas e da educação médica a partir do presente sem cair nessas armadilhas. Perceber a história da educação médica a partir de um perspectivismo e da descontinuidade. Evitando as facilidades matemáticas de uma lógica binária histórica que poderia simplificar processos históricos complexos a ideia é aludir aos conflitos, rupturas, avanços, recuos e impasses desse horizonte vivido tentando escapar aos cânticos das datas oficiais, decretos e leis.

Uma pergunta aberta realizada por Georges Rosen pode elucidar e colocar a questão em termos mais simples e produtivos: qual o papel da História na Educação Médica? Na conclusão da sua problematização, diz o autor, resumindo suas considerações a respeito das vantagens da história médica para os médicos e estudantes de medicina. Um certo viés evolucionista, pragmatista e biopolítico se torna indisfarçável ao longo da sua colocação. Contudo, dado o seu peso no imaginário antropológico<sup>26</sup> do tema, ele foi convidado ao nosso trabalho.

Sabemos que a medicina envolve o estudo e aplicação do conhecimento biológico e que esta atividade está ligada de várias formas aos fatores sociais, econômicos, políticos e ideológicos. Em relação ao conteúdo técnico da medicina, a história mostra este conhecimento em uma perspectiva adequada. Salienta o caminho seguido pelo conhecimento em sua evolução e indica como o questionamento pode ser feito para penetrarmos no desconhecido. Além disso, o estudante de história médica logo descobre que o estado do

---

<sup>25</sup> Ver. CASCUDO, L.C. **Civilização e Cultura: pesquisas e notas de etnografia geral**. São Paulo: Global, 2004. “ Os documentos da prática ortopédica datam do neolítico. (...) Dizer-se que a Medicina começou no neolítico é afirmar a existência humana apenas nesse período (...) É no neolítico que surge a espantosa técnica cirúrgica da trepanação” (CASCUDO, 2004: 626). A Medicina é tematizada entre as páginas 624 e 646 da obra.

<sup>26</sup> DURAND, Gilbert. **As Estruturas Antropológicas do Imaginário: introdução à arquetipologia geral**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Extrapolando os limites da citação e da colocação de Georges Rosen em si, consideramos que a discussão de Durand sobre o *regime diurno* e o *regime noturno* da imagem poderia ser mais exercitada, por exemplo no campo da saúde e suas relações com os indivíduos e as sociedades.



conhecimento em um ramo da medicina é importante para a compreensão de evoluções aparentemente sem ligação em outros ramos. Quando adequadamente apresentada, a história médica contrabalança os efeitos decisivos da especialização e ajuda o médico a sintetizar para ele mesmo uma concepção orgânica da medicina.

Mas a medicina é também atividade social. O estudante deve adquirir uma compreensão do lugar da profissão médica na sociedade. A história como ciência social facilita isto e permite que o estudante compreenda a posição da medicina em nossa complexa estrutura social e como o presente é um evolução do passado. Além do mais, a saúde de nosso povo é o mais precioso recurso nacional. Sabemos que as responsabilidades do médico hoje são maiores do que eram antes. Nas complexas questões da vida, tanto a teoria quanto a prática são condições necessárias à sobrevivência, e tanto para uma como para a outra a história da medicina pode dar importantes contribuições. Como o historiador inglês F.W. Mailland disse, “Hoje estudamos o antontem para que o ontem não paralise o hoje e o hoje não paralise o amanhã”. (ROSEN, 1980:45)

## 2.1 Conceitos Fundamentais

Iniciando a exploração e a exposição dos conceitos utilizados nesse trabalho algumas considerações são necessárias. Os conceitos operadores dessa investigação são as “Ligas Acadêmicas” e “Educação Médica”. São chamados aqui pela alcunha de operadores porque funcionam como dispositivos problematizadores de um universo social, cultural e político mais amplo, no caso, a Medicina, a Saúde e a Sociedade numa civilização capitalista<sup>27</sup>.

Em primeiro lugar, uma consideração sobre o conteúdo, o sentido, a direção e a ligação dos conceitos com a argamassa teórica e empírica aqui empregada<sup>28</sup>. O fetiche do conceito, o risco da hiperimperia, a volatilidade, a cotação e a oscilação no mercado científico dos conceitos, investigações e problematizações teórica e excessivamente orientadas. Às vezes, totalmente, disparatadas. Como se ruminasse e revirasse um baú de preocupações de David Hume<sup>29</sup>, Luís de Gusmão vai calibrando a sua mira e dispara algumas considerações no campo da investigação social e

---

<sup>27</sup> Elencamos abaixo quatro interessantes discussões acerca de conceitos. Ver CORDEIRO, Hesio. **As Empresas Médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Ver ainda. CZERESNIA, Dina. **Categoria Vida**: reflexões para uma nova biologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Da mesma autora, **Os Sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. A trajetória histórica do conceito de loucura pode ser visitada em PESSOTTI, Isaías. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed 34, 1999. Do ponto de vista foucaultiano, ver FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

<sup>28</sup> Sobre a problematização da cadeia produtiva que envolve o trabalho de citação, ver COMPAGNON, Antoine. **O trabalho de citação**. Belo Horizonte: UFMG. 1996.

<sup>29</sup> Sobre a obra de Hume, ver DELEUZE, Gilles. **Empirismo e Subjetividade**: Ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. São Paulo: Ed.34, 2012.



historiográfica. A epistemologia, polícia do pensamento para Foucault, é chamada à tensão. O terreno movediço antepara a atmosfera em que transpiram algumas teorias sociológicas e antropológicas contemporâneas<sup>30</sup> frente ao monismo metodológico. O ponto nevrálgico do autor é a problematização da distinção entre as investigações sociais conteudísticas e as teoricamente orientadas.

Do ponto de vista epistemológico, a distinção entre pintar paisagens sociais e explicá-las causalmente adquire uma relevância especial, pois uma das questões mais centrais, talvez mesmo a mais central, da discussão acerca do *status* epistemológico da moderna investigação social diz respeito ao papel do conhecimento teórico nessa investigação, e fica muito mais fácil abordá-la quando não se perde de vista a mencionada distinção. São as explicações causais e não as caracterizações de ambientes ou acontecimentos sócias que vão evidenciar, da forma mais límpida, mais conclusiva, os limites do uso de generalizações na investigação social, como veremos mais adiante. (...) Não se trata, apressamos em esclarecer, de sugerir um conceito normativo de teoria social com base no qual julgaríamos aquilo que deve ou não constar como um genuíno conhecimento teórico do mundo social. Não se trata disso. Conceitos normativos costumam, na verdade, ser nocivos ou inúteis numa reflexão epistemológica que não pretenda se resumir num sermão maçante. (...). Nada soa mais ofensivo, mais humilhante para o investigador social imbuído da convicção de estar teoricamente orientado do que a identificação de suas conclusões como um saber de senso comum. Semelhante atitude revela uma atitude negativa desse saber, concebido aqui, na melhor das hipóteses, como um etapa preliminar, uma espécie de antessala do conhecimento científico. Trata-se de um erro. (GUSMÃO: 2012: 21-36)

Num segundo momento, a própria forma, o espaço e o tempo em que os mesmos são exercitados. À lógica construtiva dos edifícios e andaimes, passo a passo, reboco, cal e cimento, aço ontológico por cima, é engrenada outra fluidez topográfica.

---

<sup>30</sup> Dentre as *Notas críticas sobre uma tentativa de “Ensaio Popular” de Sociologia*, uma observação de Antonio Gramsci, nos parece poder dialogar com essas questões. Após identificar, localizar e resenhar a subordinada emergência da Sociologia, nada mais do que ‘uma tentativa de criar um método para a ciência histórico-política’, diante de seu padrasto filosófico, o positivismo evolucionista, o autor avança a discussão do impacto desses temas mais gerais em implicações mais específicas. Nalguns parágrafos, dissecar e crítica a utilização determinista, fatalista, errada, preguiçosa e superficial de leis estatísticas, a lei dos grandes números, numa economia política planificada tal como exposta no livro de N. Bukharin “A teoria do materialismo histórico – Manual popular de sociologia marxista”. Ilustrando esse erro com as observações carismático-políticas de Michels, nos diz o italiano: “As chamadas leis sociológicas que são utilizadas como causa – tal fato ocorreu graças a tal lei, etc. – não têm a menor importância causal; elas são, quase sempre, tautologias e paralogismos. Frequentemente, elas não passam de uma duplicata do próprio fato observado. Descreve-se o fato ou uma série de fatos, através de um processo mecânico de generalização abstrata, extrai-se uma relação de semelhança e chama-se essa relação de lei, atribuindo-lhe a função de causa. Mas, na realidade, que se encontrou de novo? Tão somente o nome coletivo dado a uma série de fatos miúdos, mas os nomes não são novidade (Nos tratados de Michels, pode se encontrar todo um registro de tais generalizações tautológicas: a última, e mais famosa, é a de “chefe carismático”). Não se observa que, procedendo assim, se cai em uma forma barroca de idealismo platônico, já que estas leis abstratas se assemelham estranhamente às ideias puras de Platão, que são a essência dos fatos reais terrestres.” (GRAMSCI, 1987:154), Ver GRAMSCI, Antonio. **Concepção Dialética da História**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

Assim, se quisermos adotar uma perspectiva foucaultiana, não devemos partir de conceitos, nem devemos nos preocupar em chegar a conceitos estáveis e seguros em nossas pesquisas, já que acreditar que eles tenham tais propriedades é acreditar que a própria linguagem possa ser estável e segura – uma suposição que não faz o mínimo sentido nessa perspectiva. Muito mais interessante e produtivo é perguntarmos e examinarmos como as coisas funcionam e acontecem e ensaiarmos alternativas para que elas venham a funcionar e acontecer de outras maneiras<sup>31</sup>. (VEIGA-NETO, 2007: 19)

Em terceiro lugar, a conexão e a problematização mais estrita e restrita. Numa dupla relação entre a história e a atualidade, a “ideia da intensificação dos dispositivos de poder criados pelo capitalismo como condição indispensável à sua perpetuação, a abordagem crítica da história é um instrumento importante para a realização das experiências que pretendem impregnar o futuro” (MACHADO, 1978)

Pergunta o autor, ampliando o escopo da investigação sobre as relações entre os saberes e poderes que atravessam as relações entre a medicina, o estado e o mercado, uma inevitável biopolítica abre o seu leque temático. Ela merece e precisa, ser cutucada, e interrogada:

que papel desempenham as instituições sociais como meio de controle dos indivíduos e das populações através de uma ação intrinsecamente ligada ao saber das ciências humanas? Como situar teórica e politicamente a relação entre saúde e sociedade sem reconduzir ou aperfeiçoar os mecanismos de dominação burgueses que até hoje têm encontrada resistências e dificuldades em se implementar no Brasil. (MACHADO, 1978; 12) .

Do alto daqueles 1978, o autor vai foucaultianamente traçando a sua ambição de realizar uma crítica do presente. Se afastando de uma concepção linear, de uma marcha lenta que rumo irreversivelmente soldada a um esclarecimento contínuo e progressivo, ininterrupto e axiomático. A dificuldade e os obstáculos que campeiam uma histórica conceitual é a tentação de realizar um refinamento epistêmico a partir de premissas centrais e essenciais abstratas, essenciais e gerais. Dificuldade imperiosa e tremenda: tentar definir o objeto ao mesmo tempo em que se o descreve. Evitar uma argumentação crítica que seja seduzida por princípios explicativos muito gerais e, que

---

<sup>31</sup> Estamos aqui mais próximos de um diálogo com a perspectiva deleuziana do que com acepções de cunho platônico ou funcionalista. Ver. SHOPKE, Regina. **Por uma Filosofia da Diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012. Nessa obra, a autora problematiza - de forma didática e clara – algumas das questões de fundo que afastam a genealogia da diferença do projeto e da perspectiva da representação e da razão clássica vistos como uma imagem dogmática do pensamento. Desfilam nessa passarela complexa e tumultuada, Heráclito, Parmênides, Platão, Aristóteles, os sofistas, os estoicos, o pensamento medieval a partir de Avicena, Tomas de Aquino e Duns Scoto, a filosofia moderna e contemporânea a partir de Espinosa, Bergson, Nietzsche e Deleuze. Os conceitos e os planos de imanência se afastam de uma ontologia transcendente são examinadas pela autora.

ao invés, de interrogar e polemizar os documentos e personagens que vão emergindo, os submetam a matrizes interpretativas totalizadoras, sufocantes e asfixiadoras.

Será um saber como a medicina pouco a pouco definido a partir de um núcleo básico de conceitos e de um sistema de práticas fundamentais que seguem no tempo a evolução de suas potencialidades? Uma história factual, que recolhe, justapõe e repete os documentos, só é capaz de encontrar continuidades e registrar a marcha linear de um desenvolvimento. Ora, é necessário estabelecer, tanto ao nível do saber quanto da prática médicos, momentos de ruptura, de constituição de novos conceitos, novos objetos, novas formas de institucionalização. Demarcar períodos, determinar rupturas é inseparável da conceituação do objeto de investigação, não podendo, portanto, ser pensado de modo prévio ou apriorístico. Define-se à medida em que se desenvolve o trabalho de pesquisa. (MACHADO, 1978; 18)

Indo de encontro às análises que retomam um fio condutor e o trem de uma história que teria ligação direta com as medicinas de outrora, com a suposta evolução da medicina desde tempo imemoriais, desde os primórdios titânicos até hoje em dia, num projeto incessantemente retomado e aperfeiçoado<sup>32</sup>. Sob o risco e a maldição do contornado e do deformado, muitos ajustes prévios e póstumos são feitos entre pontes implodidas. Em suma, a questão é tentar não incorrer numa visão retrospectiva de uma história fatural, contínua e linear. Não incorrer, inclusive, na ilusão de reproduzi-la ato falhamente. Entre tremores e desobediências, é preciso, portanto, escandir o vocabulário aqui atentado.

(...) não ocultar a grande diferença entre o projeto histórico investido nessas análises e as histórias da medicina ufanistas, dispostas a celebrar o presente, justificando-o pela ardorosa conquista de uma posição de racionalidade duramente realizada ou a se realizar. E que, com esta intenção, projetam sobre o passado as questões do presente, buscam continuidades, filiações, parentescos de um projeto homogêneo, habitado por gérmenes de uma verdade que pouco a pouco se impõe ao tempo. Projeto paradoxalmente ahistórico não só porque dominado pelo presente, que aparece sempre como critério de reabilitação ou desclassificação do que se situa no passado, como também por tratar o saber médico como se este fosse desvinculado da prática sócio-política com a qual se articula. Descrição linear de um caminho contínuo que possui as normas de um tempo fora do tempo. (MACHADO, 1978; 20)

Nesse trabalho, uma miríade de acontecimentos, relatos, documentos, imagens, matérias jornalísticas, teses, panfletos e cartilhas são utilizadas para compor um mosaico múltiplo, um campo de forças atravessados por matizes os mais variados.

---

<sup>32</sup> Ver as críticas de Pedro Nava ao desleixo para com a memória, os livros antigos e autores clássicos da medicina contado nalgumas ocasiões de suas memórias. Inclui-se aí, o desinteresse pelas pessoas – membros de associações de classe, dentre elas – por livros clássicos da medicina doados pelo próprio autor a determinadas bibliotecas institucionais. Algumas observações em campo realizadas ao longo da pesquisa ziguezaguearão ao longo desse itinerário.

Evidentemente a escolha e o recorte dos termos nas quais a investigação se apresenta representa uma escolha metodológica e é, portanto, passível de crítica. O que procuramos exercitar então, a partir de agora é que dado o percurso empírico e investigativo realizado foram esses os conceitos mais aproximados da realidade em que pretendíamos elucidar.

Vamos partir então da confrontação de visões das duas principais entidades estudantis que lidam com as Ligas acadêmicas entendem pelo tema. Em cartilha produzida pela DENEM<sup>33</sup> é dito que:

Ligas acadêmicas são grupos de alunos, que se organizam para discutir e aprofundar conhecimentos sobre um determinado assunto na área da saúde. São ministradas aulas teóricas por alunos e/ou professores, organizadas atividades de pesquisa e extensão, além de cursos e simpósios, também são oferecidas oportunidades de estágios em unidades de saúde públicas e privadas. Entretanto, nem todas as ligas se estruturam dessa maneira, tampouco cumprem todas essas funções.

Numa apresentação da ex-presidente da ABLAM no I Interligas Brasileiro de Neurocirurgia ocorrido no primeiro semestre de 2015 em Bragança Paulista, São Paulo, as ligas são vistas a partir de dois estudos e definições. O primeiro diz que as ligas são: “Entidades primordialmente estudantis que têm à sua frente um **grupo de estudantes** dedicados a se **aprofundar em determinado tema** (...), atendendo aos princípios da Universidade de **ensino, pesquisa e extensão**.”<sup>34</sup>

E complementando o seu conceito, Menezes, a partir de um outro estudo, observa que:

As Ligas devem configurar espaços em que o aluno possa **atuar junto à comunidade** como agente de **promoção à saúde e transformação social**, ampliando o objeto da prática médica, reconhecendo as pessoas em seu todo como **atores do processo saúde-doença**, permitindo ao aluno não só o **desenvolvimento científico**, mas também o **exercício da cidadania**.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Em anexo nesse trabalho.

<sup>34</sup> Citado de *Mafera, S. Ligas acadêmicas. Diretórios Acadêmicos, 2(7), 2006*

<sup>35</sup> Citado de TORRES, *Et al. Interface Comunic. Saúde Educ. 12(27):713-20, 2008. Jacqueline, seguindo o mesmo autor, enumera as 10 principais distorções frequentes acerca das ligas: 1- Afastamento de sua função primária de extensão universitária; 2. Atividade de iniciação científica ou assistência deficiente; 3. Estágios extracurriculares sem magnificação do indivíduo e de sua relação na comunidade; 4. Alunos passivos, pouco criativos e pouco críticos; 5 .Reprodução das relações burocratizadas e hierárquicas da instituição; 6. Aumento do *currículum vitae*; 7. Apêndices das disciplinas curriculares—“*tampões*”?; 8. Superespecialização precoce; 9. Dificuldade de gerenciamento de tempo – *Burnout!*; 10. Multiplicação acrítica das Ligas Acadêmicas\*\*\**

Os estudantes da Liga de Geriatria da UFC respondendo à pergunta feita diretamente por essa pesquisa: Como você definiria “Liga Acadêmica de Medicina” asseveraram que elas são:

Instrumento encontrado dentro da faculdade de medicina para formar grupos de estudos, pesquisa e/ou extensão, nas áreas com as quais se têm afinidade. (...). Um bom exemplo de autonomia (...) são grupos de estudantes que se reúnem para se aprofundar sobre determinados temas da medicina, aplicando esses conhecimentos em nível de ensino, pesquisa e extensão. (...). Grupos de estudo que junto da graduação já põem os graduandos de frente com a realidade do que é viver a Medicina. (...) interação entre alunos que é edificante e com papel social. (...). Projetos que unem estudantes com objetivos semelhantes em prol do crescimento de todos. (...). Entidade formada por estudantes em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da medicina.

Já a percepção biobibliográfica do termo Educação Médica se dará mesclando as definições dadas pelos estudantes da Liga de Geriatria ao responder os questionários enviados até as definições dadas por associações de classe tal como a ênfase formal e acadêmica dada ao conceito pela Associação Brasileira de Educação Médica.

Visto que o trabalho parte da elucidação empírica de aspectos formais do processo de formação dos estudantes de Medicina e não da compilação exaustiva e percuciente dos processos informais dessa formação optamos por seguir esse caminho metodológico.

Isso não significa dizer que alguns momentos informais e outros saberes e poderes não tenha sido observados e que não façam parte da construção do nosso objeto de pesquisa. Várias outras percepções, sensações e atitudes também foram observadas. No entanto, não sentimos essa observação como sendo suficiente e necessária possível para assumir os termos finais dessa investigação. Todavia, algumas das observações desses momentos tais como a tomada crítica da violência cometida em trotes, calouradas, e festas entre os estudantes de medicina bem como a emergência de discursos de entidades estudantis e a produção de manifestos e pixações sobre esses temas bem podem subsidiar investigações futuras sobre esse aspecto ainda pouco estudado e investigado. Temas como a depressão, o uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas no meio universitário são tematizados em artigos científicos ainda sob um aspecto formal e acadêmico do tema. Talvez seja necessário romper essa cortina epistemológica para extrair e fazer emergir questões inquietantes e mesmo indesejáveis

ao universo da Medicina e ao Status simbólico que ele ocupa na hierarquia social e cultural.

E muito difícil, no entanto, dividir asperamente o que se entende por formal e por informal numa dada pesquisa. O que é formal? O exercício metódico e regularizada dos diversos momentos de uma investigação, isto é, da produção de um projeto de pesquisa a uma Pós-graduação, passando pelos acúmulos de créditos, discussões e produções nas diversas disciplinas desse programa enquanto a revisão sistemática da literatura vai sendo realizada e confrontada com a construção de um objeto e de um objetivo de pesquisa? Em todos esses momentos todos não também são vivenciados conversas informais as mais variadas, sugestões, dúvidas, ansiedades, possibilidades que também atravessam o sentimento de produção e de desconstrução de uma investigação? Quantas sugestões e acasos de vida podem se tornar questões e percepções posteriormente formalizadas?

Ainda sim e diante de todas essas precauções o presente trabalho formaliza em sua maior parte informações, fontes e documentos que abordam o tema das Ligas Acadêmicas e da Educação Médica do ponto de vista mais institucional e acadêmico.

Contudo, seria precipitado imaginar, por exemplo, uma autobiografia escrita por um estudante de medicina sobre a sua vida enquanto estudante de medicina pudesse por si só, revelar aspectos ocultos nunca antes revelados noutros horizontes investigativos. Uma grande tentativa nesse sentido pode ser vista nas memórias de Pedro Nava. E a edição de textos dessas memórias intitulada: “Anfiteatro” e voltada para estudantes de Medicina pelo seu sobrinho, Paulo Penido, bem pode qualificar e ilustrar o alcance, os limites e os impasses do que acabamos de ventilar.

Consideramos ainda que a obra de Pedro Nava se revela de grande valia para os estudos de história, memória e práticas culturais no campo da educação médica. Por vários motivos. Pelo horizonte de tempo percorrido. Nas memórias Nava percorre o Império e República e em seus estudos acadêmicas visita a Colônia também. Pela atuação como estudante, como professor e como funcionário público revelando e desvelando os saberes e poderes da Medicina no Brasil que se sucederam ao longo de décadas. Por escrever as suas memórias como um septuagenário. Não exercendo aqui um olhar retrospectivo ou nostálgico, mas olhando a partir de um presente os embates, disputas e impasses que envolveram o contexto e trajetória médica.

Por se tratar ainda de um projeto que pode dialogar com outros que virão e levar as pistas de Nava a outras paragens. Além disso, acreditamos, sem exagero, que a experiência literária e memorialística de Nava – pela sua qualidade, volume, detalhe e multiplicidade são únicos não somente em termos de Brasil; mas certamente, em termos mundiais.

De toda forma a de Nava no serve como dispositivo analítico<sup>36</sup> e nos ajuda a tentar interrogar o presente e o assunto principal da investigação.

Isto posto, nossa pergunta central: como os estudantes se tornam médicos<sup>37</sup>? Foi equacionada e subdividida nos seguintes objetivos gerais e específicos da investigação: Compreender o processo educacional inscrito na formação acadêmica, universitária e profissional dos estudantes de Medicina e as premissas epistemológicas nas quais se sustentam a lógica de ações e intervenções.

Para Contextualizar o contexto desse processo através das ligas acadêmicas de Medicina da UFC seria necessário ter em mente, três momentos: acompanhar e problematizar a produção, recepção, distribuição e circulação da concepção de educação médica inscrita nas Ligas Acadêmicas do curso de Medicina da UFC; investigar as relações existentes entre a Educação Médica, os saberes e práticas médicas e as Inovações Científicas e Tecnológicas no campo da Medicina utilizando o Alzheimer como dispositivo analítico; e, finalmente, perceber como se dão as relações saber-poder entre as condições de possibilidade histórica de produção do saber científico e a educação médica no ambiente acadêmico e universitário do curso de Medicina da UFC.

Dentre as hipóteses da pesquisa que levantamos estão vários debates. Cada um deles mereceria uma investigação à parte. Exercitando aqui uma visão e uma consideração panorâmica diríamos que na formação acadêmica dos estudantes de Medicina a intensa carga horária inscrita na grade curricular é um desafio tão maior do que a complexidade intrínseca aos conteúdos disciplinares.

A questão do gênero na educação médica poderá e deverá atingir um espaço maior nas discussões dos próximos anos haja visto os inúmeros relatos e denúncias de violência, estupro e assédio moral e sexual que pairam o imaginário machista,

---

<sup>36</sup> Ver AGAMBEN, Giorgio. **O Que é o Contemporâneo?** E outros ensaios. Chapecó/SC: Argos, 2009.

<sup>37</sup> Em conversas informais, por exemplo, estudantes me disseram: “Cara a graduação não serve pra nada. Só depois de 10 anos de prática após o fim do curso é que alguém pode dizer que é médico” Essa opinião singular será ventilada junto a outras opiniões de outros estudantes.



conservador e patriarcal nalguns segmentos estratégicos da instituição do campo médico oriundas dos estratos e segmentos estudantis. Essa nossa hipótese foi reforçada ao lermos a chamada para o grupo de trabalho “Ativismos interseccionais em gênero, sexualidade e saúde” para o 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas na Saúde organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva. O evento aconteceu na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), na capital do estado, em Cuiabá, no período de 09 a 12 de outubro de 2016, tendo como tema central “Pensamento crítico, emancipação e alteridade: agir em saúde na (ad)diversidade”.<sup>38</sup> Nele o aumento de coletivos e perspectivas feministas é mencionado.

O GT pretende reunir trabalhos que articulem as temáticas de gênero, sexualidade e saúde, nas formas contemporâneas de ativismo, seja na constituição de movimentos sociais, na realização de protestos com fins variados, ou em engajamentos individuais. Justificativa: Nos últimos anos, algumas mudanças no cenário político incrementaram a discussão em torno das temáticas de gênero, sexualidade e saúde. O aumento de coletivos ou perspectivas feministas em distintas lutas sociais (a exemplo, das práticas ciberativistas) fizeram analistas caracterizarem o momento no Brasil como uma “primavera feminista”. Ao mesmo tempo, o avanço de pautas conservadoras, tanto em espaços institucionais como na mídia e nas redes sociais da internet, vem definindo o pleito LGBT como “o grande inimigo da nação”. Essas duas bandeiras de luta vêm mirando uma gama mais ampla de direitos e políticas sexuais (aborto, educação sexual nas escolas, HIV/Aids etc.). A esse cenário, soma-se o atual decréscimo do financiamento estatal das ONGs e suas consequências desestabilizadoras, assim como o desgaste dos canais de interação socioestatais. Por último, observa-se que temas variados e complexos como medicalização, qualidade de vida, patologização de identidades sociais; saúde como direito social; acesso e qualidade da atenção à saúde (na rede pública e privada); divulgação científica, entre outros fatores, se interseccionam em distintos campos de pesquisa e contextos sociais. Objetivos: 1) entender como as temáticas de gênero, sexualidade e saúde tem sido incorporadas e articuladas nas formas contemporâneas de ativismo; 2) aprofundar o conhecimento do processo de institucionalização/desinstitucionalização da luta política nos campos do gênero, sexualidade e saúde; 3) explorar as multiplicidades de expressões, dispersões e recorrências das práticas (movimentos) ciberativistas; 4) compreender as matrizes teóricas, políticas e metodológicas das práticas (movimentos) ciberativistas; 5) explorar as intersecções de “lutas políticas” com temas como medicalização, direitos humanos, divulgação científica, serviços de saúde, “identidades biológicas”, biopoder, entre outros. Coordenadores: Mario Felipe de Lima Carvalho (IMS/UERJ); Claudia Carneiro da Cunha (IMS/UERJ); Tatiana Lionço (IP-UnB).

A discussão da relação entre gênero não é recente. É o que mostra o resumo desse Grupo de Trabalho “Gênero e Saúde”:

GT GÊNERO E SAÚDE O GT Gênero e Saúde foi criado em 1995, com a finalidade de contribuir com o ensino e a produção do conhecimento sobre os impactos das desigualdades sociais entre homens e mulheres na saúde. O GT

---

<sup>38</sup> Ver [http://cshs.com.br/grupo\\_tematico/index.php#topo](http://cshs.com.br/grupo_tematico/index.php#topo)



Gênero Abrasco tem buscado fortalecer a interlocução entre acadêmicos, profissionais de saúde e militantes dos diversos os movimentos sociais, visando tornar o conhecimento científico cada vez mais útil e acessível. Neste interlocução também se procura captar demandas emergentes para o processo de produção de conhecimento, formação de profissionais e atuação política no campo de gênero e saúde, atuando para a aprofundar a compreensão de fenômenos de interesse na área de Saúde Coletiva, abordando novos temas e revisitando antigos, na perspectiva das relações de gênero. O GT incorpora, por meio da produção de seus integrantes, um extenso leque de temas, como reprodução, juventude, violência doméstica e sexual, Aids e outras DST, controle social, monitoramento e avaliação de políticas e programas para mulheres, dentre outros. De mesma forma, sua composição inclui pesquisadoras oriundas do campo da epidemiologia e das ciências humanas e Sociais. Dentre as suas atividades regulares se incluem o assessoramento à diretoria da Abrasco nas questões pertinentes, a participação organizada nos congressos da Abrasco e em outros eventos afins; a organização de seminários e oficinas de trabalho, com publicização dos resultados e, mais recentemente, a edição em português da revista *Reproductive Health Matters – Questões de Saúde Reprodutiva*.

Outra temática observada em nossa investigação diz respeito ao movimento estudantil. As mais expressivas entidades estudantis da Medicina se movem por princípios políticos distintos. A DENEM defende os princípios do Sistema Único de Saúde e a Medicina Preventiva e se aproxima ao imaginário político de cunho socialista e libertário e a tradição do movimento da Reforma Sanitária. Já a Associação de Estudantes de Medicina (AEMED) e a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) são organizações ligadas à Associação de Medicina Brasileira (AMB) e representam os interesses e valores da medicina de cunho corporativo e empresarial. Todavia as relações entre esses universos são dinâmicas, o que torna avaliações e pressuposições de natureza maniqueístas e desatentas à movimentação das realidades envolvidas.

Além disso, acreditamos que ocorre a falta de um maior diálogo e debate pedagógico sobre a educação entre o campo médico e os setores e segmentos educacionais.

Outra questão que percebemos foi que a investigação do campo médico por parte de pesquisadores oriundos das áreas humanas ainda é incipiente e enfrenta enormes desafios sociais, culturais, políticos, econômicos e institucionais. É portanto, necessário discutir a relação dos pesquisadores das Humanas com os Comitês de Ética em Pesquisa das áreas Biomédicas para exercitar uma atividade científica democrática, transparente e participativa.

Sobre as ligas Acadêmicas percebemos que elas não conseguiram romper com as práticas assistencialistas que caracterizam a atividade extensionista universitária em sua relação com a sociedade e que sua própria situação e monitoramento institucional são difusas e inconsistentes.

Os cursos de Medicina não atravessados por várias correntes de opinião política, social e cultural não se configurando como um campo monolítico. Nesses cursos ocorre uma valorização diferenciada entre os diversos ramos e especialidades do saber médico. As Neurociências, por exemplo, tendem a ser consideradas mais atrativas do que áreas como a Geriatria.

Nesse sentido, a expansão das Ligas Acadêmicas obteve um impulso recente com o boom das escolas médicas. Essa expansão deve à política de financiamento público subvencionado às entidades privadas de ensino superior. Não à toa, que algumas das principais entidades que lidam com a Ligas Acadêmicas são recentes e oriundas do campo privado.

No entanto, ao mesmo tempo, existe uma reconfiguração e uma recomposição da estrutura dos cursos de Medicina. Uma análise sobre a entrada de homens e mulheres negros e de escolas públicas nos cursos médicos precisa de uma análise mais detida para apresentar esse retrato de forma mais fidedigna.

Claro que, nesse ínterim, há resistência nalgumas instituições universitárias e classistas acerca dessa recomposição étnica, racial e social da diversidade inscrita nas mudanças demográficas do perfil desse alunado.

Programas como o “Mais Médicos” impactam o imaginário dos estudantes de medicina em formação. Avaliar o nível, a extensão e a profundidade desse impacto é uma tarefa fundamental necessária. Há muitas gradações, crenças e desejos envolvidos entre o caminho pavimentado entre desejo de atuar na Atenção Básica e na promoção da prevenção sanitária e epidemiológica aos desafios diagnósticos inscritos nos campos genético e neurológico.

Existe ainda e é vasto o terreno a ser investigado uma profusão de relatos virtuais realizados sobre os estudantes de medicina acerca de suas próprias experiências no mundo médico nas redes sociais. Blogs, chats, Facebook, WhatZap, Youtube atestam esse fenômeno. Isso demonstra que o imaginário sobre a entrada e a investida no campo médico permanece intensa.

Apesar da propalada abertura multidisciplinar à importância das Humanidades na formação médica, a biologização do ensino médico ainda ocupa espaço epistemológico não desprezível através de roupagens neopositivistas como a Medicina Baseada em Evidências.

Sobre as relações que envolvem as ligas acadêmicas de medicina, as diretrizes Curriculares Nacionais, as reformas curriculares e as avaliações seriadas veremos a partir de agora.

## **2..2 Educação Médica no Brasil e no Mundo**

Nesse tópico abordo o tema da educação médica no Brasil e no mundo amparados no diálogo entre a realidade e a teoria a partir de Gabriel Tarde, Georg Simmel. Michel Foucault, Georges Canguilhem e Georges Rosen no plano mais geral. No aspecto mais local as obras históricas de Pedro Nava, Célio Brasil Girão e Alencar Araripe nos permitirão chegar aos cômodos mais próximos de nossa realidade. Obras seminais como a de Sergio Arouca, Sidney Chalhoub, Roberto Machado e Madel Luz foram capazes de realizar o trânsito entre as produções científicas de continentes diversos e realidades aproximáveis.

## **2.3 As relações entre a Educação Médica, a Medicina, a constituição do Estado Nacional Brasileiro**

Imprimindo uma visão abrangente, dinâmica, articulada e atualizada sobre o contexto histórico da educação médica abordamos sua situação no Brasil a partir das reformas curriculares realizadas nos cursos de medicina. Em solo pátrio percebemos a relação entre a medicina e a constituição do estado brasileiro

Essa passagem de Pedro Nava foi extraída dos seus Capítulos da História da Medicina no Brasil. Ela nos servirá para colocar a questão em perspectiva. No último capítulo da obra, Rio 400 anos de Medicina, o autor, médico e memorialista percorre o período da Colônia, do Império e da República até aquele seu momento presente e afirma que:

Uma das características do aprendizado médico nacional e carioca é o seu espírito livre do conservantismo, sua admirável capacidade de evoluir e de adaptar-se, sua prodigiosa receptividade às ideias novas. Essa dialética que

está no espírito dos que ensinam tem lhes servido na inspiração centrípeta, de base a cume, do professor ao legislador – das reformas por que tem passado a nossa instrução. Dessas reformas, as principais tem sido: a da Regência, de 1832, que marcou a transformação das Academias em Faculdade; a de Bom Retiro, de 1854, que lhes deu novos estatutos; a de 1879 – 1881, que ficou com o nome de Visconde de Sabóia que deu nova vida ao nosso ensino médico – com a criação de laboratórios práticos e o desdobramento de cadeiras, inaugurando o que Fernando Magalhães chamou o “período áureo”; a do código de 1891, que foi a primeira da República; a do código de 1901; a de 1911, que ficou conhecida pelo nome de Rivadávia Corrêa e que, bem ou mal, de mistura com postulados positivistas, nos trouxe a autonomia didática e a emancipação da cátedra; a lei Maximiliano, de 1915; o decreto de 7 de Setembro de 1920, que integrou a velha faculdade no regime universitário. Outras vêm vindo, sempre beneficiando. Dizemos isso porque o nosso ensino médico tem progredido constantemente e sua trajetória é uniformemente ascensional. Só nos falta a reforma das reformas – a que consiga dar ao Rio e ao Brasil o número de médicos de que eles precisam, fornecendo mais oportunidades de ensino aos que tenham capacidade para tanto e criando o ensino médico sem muralhas, através das provas parceladas como já se fez numa Inglaterra precisada de mais médicos e como se fazia antigamente em nossa terra para os exames de preparatórios. Só assim, sem aumentar o número das faculdades, sem sobrecarregar o orçamento do seu preço, poderemos multiplicar os nossos médicos até o número compatível com o aumento populacional do Brasil e do Rio. O exame parcelado das disciplinas do curso é a nossa única solução. Sem hospitais não pode haver progresso médico nem ensino que valha. Estes não têm nos faltado e, apesar do que se diz, seu número não é escasso no Rio de Janeiro. Parece escasso porque a ineficiência e a lentidão de um serviço médico mal aparelhado e pobre acabam dando essa impressão. Um paciente cuja alta foi retardada por esse motivo está aumentando a fila dos que esperam tratamento. Um leito que pode receber 30 doentes por ano e que só recebe dois, corresponde ao fechamento inaparente e desidioso de 28 hospitais. Traçar a história completa destas casas no Rio de Janeiro é impossível nesta reportagem – pois é impossível cuidar em detalhe das centenas (porque são realmente centenas!) de hospitais, ambulatórios, casas de saúde, maternidades, centros de saúde, preventórios, beneficências, asilos, abrigos, apostolados e recolhimentos cariocas. Só mencionaremos aqui aqueles cuja crônica tem valor simbólico, que foram as origens e modelos dos outros e que serviam à evolução do nosso ensino médico. É o caso das Misericórdias, das Ordens, Hospitais Militares e outras casas da Colônia; de institutos do tempo do Império, como o dos cegos, dos alienados e a Policlínica Geral do Rio de Janeiro; e finalmente da Assistência Pública que foi uma honra, na Guanabara, para o regime republicano. Tudo o mais está filiado a essas fundações. Vêm delas o desenvolvimento de nossa medicina e o aprimoramento dos nossos médicos, cirurgiões, parteiros e especialistas. (NAVA, 2003 ; 237)

Apesar do pendor evolucionista da análise chamo atenção para a configuração orgânica que nos é oferecida nessa passagem. É a um esboço mental a partir de onde se podem realizar análises críticas, descontínuas e menos panorâmicas. Raros foram os momentos em que no plano científico algum autor se arriscou a pavimentar períodos históricos tão extensos atravessando-os com questões concretas e cotidianas.

Esse esboço nos será fundamental porque a partir dela poderemos exercitar a problematização histórica tal como já abalizada por Roberto Machado na discussão dos conceitos centrais. Assim como o nível de articulação orgânico operado de forma magistral por Pedro Nava saliento algumas questões relativas ao método de análise da Medicina e dos saberes e poderes que a compõe a partir da emergência das relações entre as reformas curriculares e a institucionalização do ensino superior no Brasil. Em perspectiva, é a toda uma concepção dos saberes e poderes estatais que atravessam a vida urbana e da população como um todo que vai sendo remexida nas disputas, conflitos, retrocessos e avanços operados nos mais diversos níveis da sociedade. A constituição do campo médico vai ocorrendo ao passo das demais transformações. Nesse jogo incrivelmente dinâmico é o próprio posicionamento estratégico dos saberes e poderes que envolvem as relações entre estado, sociedade, política, economia, cultura e ciência que vão se articulando.

O perigo aqui é o de recair em ilusões retrospectivas. Partir de constatações autoevidentes. Traçar um caminho já previamente definido, como se os agentes em curso já soubessem de antemão, de forma antecipada e esclarecida, quais os rumos históricos seus posicionamentos os levariam .

Escapando a essa tentadora ilusão, tento apresentar o processo em curso. Em se fazendo, não há uma evolução em curso, um refinamento sofisticado. O que há são questões emergenciais, cotidianas, dilemas e a necessidade de resolver esses problemas coloniais, imperiosos, republicanos. Cada qual à medida do seu tempo e espaço.

Revirando um pouco esse caixa de marimbondos, vejamos, por exemplo, como foi se dando essas relações entre as reformas curriculares, a diplomação, a licença de médicos para atuar no Brasil a partir de um tema polêmico como o programa Mais Médicos. É que o problema não reside apenas numa questão de escala. A discussão não se resume ao grande e ao pequeno, ao macro e ao micro, ou ainda entre o social e o individual.

Isso porque os temas com as quais lidamos aqui percorrem vários domínios e segmentaridades sociais, políticas, econômicas e sociais. Os impactos dessas reconfigurações atingem e ressoam, de forma cruzadas a intimidade das vida das pessoas, nas formas com a organização da família, da moral e dos costumes vão se modificando e relacionando frente as codificações estatais. As prerrogativas de uma

medicina das cidades, da cidade familiar, da higiene das famílias, da família colonial à família colonizada, os adultos, as crianças, homens e mulheres.

Sob o regime da verdade, os signos da saúde e da salvação dos indivíduos para o “bem de todos e para o bem de cada um” vão sendo formatados culturalmente, economicamente. A intimidade estrutural se alia à intimidade pessoal inscrita no exame de autoconsciência de cada um perante si mesmos. Vão se resenhando, desenhando, rascunhando, apagando, alterando, alternado e se deslocando práticas, teorias, posicionamentos, discursos intervenções que medicam as mentalidades e tentam disciplinar os códigos morais que devem reger a família, acaso entendida e estendida enquanto célula mater de uma sociedade. Destacando as relações sobre a ordem médica e a norma familiar, Jurandir Freire Costa exemplifica os rearranjos familiares processados historicamente ao nível da codificação dos sujeitos e de sua sexualidade constantemente liberada e reprimida pela família burguesa policial médica. A família aqui como a moldura de uma multiplicidade de agentes, atores e personagens.

A educação intelectual conduzida pela higiene ajudou a refinar e a cultivar cientificamente a primitiva sociedade colonial. Mas, desde então, o nível de instrução e a capacidade intelectual entraram na era da competição, caucionada não só pela ordem econômica mas também pela ciência médica. Os higienistas colaboraram no processo de hierarquização social da inteligência, criando a ideia de que o indivíduo “culto” era superior ao “inculto”. Difundiram, simultaneamente, o preconceito de que o cérebro do homem capacitava-o para as profissões intelectuais, enquanto o da mulher só lhe permitia exercer atividades domésticas. A educação sexual que, segundo a higiene, deveria transformar homens e mulheres em reprodutores e guardiões de proles sãs e “raças puras” conseguiu, em grande parte, estes objetivos. A sanidade física da família de elite aumentou, na medida em que as condutas sexuais masculina e feminina foram sendo respectivamente reduzidas às funções sócio-sentimentais do “pai” e da “mãe”. Em contrapartida esta mesma educação desencadeou uma epidemia de repressão sexual intrafamiliar que, até bem pouco, transformou a casa burguesa numa verdadeira filial da “policia médica”. Instigados pela higiene, homens passaram a oprimir mulheres com o machismo; mulheres, a tyrannizar homens com o “nervosismo”; adultos, a brutalizar crianças que se masturbavam; casados; a humilhar solteiros que não casavam; heterossexuais, a reprimir homossexuais, etc. O sexo tornou-se emblema de respeito e poder sociais. Os indivíduos passaram a usá-lo como arma de prestígio, vingança e punição (COSTA, 1978 ; 15)<sup>39</sup>

A questão da educação dos filhos e do amor entre pais e filhos também é ensaiada e entubada nesse laboratório biopolítico.

---

<sup>39</sup> A sociedade brasileira e universitária tem vivenciado intensos e polêmicos debates que partem da questão da sexualidade. Por conta dessa intensidade e por conta das observações e debates que assistimos entre os estudantes de medicina trouxemos essa pequena articulação para o corpo do texto e da discussão desse tópico.

Finalmente, o amor entre pais e filhos, sonhado pela higiene, concretizou-se. Na família conjugal moderna os pais dedicam-se às crianças com um desvelo inconcebível nos tempos coloniais. No entanto, e este é um aspecto fundamental, de maneira permanentemente insatisfatória. Perante os novos técnicos em amor familiar, os pais, via de regra, continuam sendo vistos como ignorantes, quando não “doentes”. Há sempre “um mais” a corrigir, um “a menos” a tratar. Amar e cuidar dos filhos tornou-se um trabalho sobrehumano, mais precisamente “científico”. Na família burguesa os pais jamais estão seguros do que sentem ou fazem com suas crianças. Nunca sabem se estão agindo certo ou errado. Os especialistas estão sempre ao lado, revelando os excessos e deficiências do amor paterno e materno. (COSTA, 1978 ;15)

Ao mesmo tempo, são as próprias normas de saúde e de equilíbrio que são ativadas pelos organismos de normalização diante e com a participação de nossos olhos que devem ser problematizados. É preciso, portanto, interrogar as condições de possibilidade que se apresentam historicamente, em cada momento, nas relações de poder <sup>40</sup>. As ressonâncias da educação higiênica na desestruturação familiar são colocadas e atualizadas ao hoje em dia nos dão um exemplo da necessidade dessa interrogação.

Em resumo, quando observamos os resultados da educação higiênica, uma conclusão se impõe: a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização. De fato, muitos dos fenômenos apontados, hoje em dia, como causas da desagregação familiar, nada mais são do que as consequências históricas da educação higiênica. Em outros termos, as famílias se desestruturam por terem seguido à risca as normas de saúde e equilíbrio que lhes foram impostas. (COSTA, 1978 ; 15)

Da educação higiênica à educação dos filhos ao processo de institucionalização da prática e da educação dos médicos e da medicina. Por força da coerência didática e expositiva do texto e do assunto que tratamos não vamos aprofundar esses temas. No entanto, é preciso dizer que todas as questões vão se entrelaçando de uma forma que a realidade não comportaria a pureza ontológica de sua indistinção.

Não seria necessário apenas aperfeiçoar os métodos e técnicas estatísticas para melhorar o diagnóstico do problema. É a toda uma própria lógica do procedimento e forma da consciência e do pensamento estatístico que é preciso atentar. Assim é que

---

<sup>40</sup> Por exemplo, a pergunta de Roberto Machado sobre o tema da lepra e do combate ao leproso também no período colonial pontuado por Jurandir Freire Costa. “Se a lepra pertence ao campo da morte e da doença, qual é o espaço da ocupado pela medicina e pelos médicos, qual sua relação com a administração colonial neste aspecto? (...) Como se dá o combate?” MACHADO, 1978 ; 76-7).



no mapeamento dessa ontologia do espaço médico vamos cruzar algumas controvérsias produzidas ao grande público e à opinião pública.

Entrelaçado aos temas higiênicos vemos se processando a separação e a divisão social do trabalho entre médicos, cirurgiões, boticários e parteiras. A constituição das instituições que regem a licença dos profissionais na saúde e a própria ideia de que a saúde é um tema que é disputado pelas tentativas de hegemonização inscritas no campo médico.

A emergência do ensino superior e a criação de uma faculdade de medicina se devem a contingências históricas. O antes, o durante e o depois da instalação da corte portuguesa no Brasil se relaciona com a institucionalização do ensino universitário e médico que era até então proibido no Brasil. O número de médicos diplomados em atividade no Brasil, por exemplo, era mínimo. E durante todo o seu processo de institucionalização até hoje inúmeras práticas heterogêneas se misturam e se confrontam num turbilhão de transformações que transitam dos fenômenos mais cotidianos aos mais cerimoniosos. As reviravoltas oscilam entre um pedido negado à criação de faculdades de medicina à mudanças de curso geopolítica que mudam tática e estrategicamente de opinião assim que a leitura e a prática dos interesses e das circunstâncias o solicitam.

Até esta época não houve no Brasil ensino universitário, o que obrigava que pretendesse exercer uma profissão universitária, durante todo o período colonial, a ir estudar no exterior, sobretudo em Coimbra. A proibição de ensino superior era um ponto básico da política de Portugal com relação ao Brasil colonial<sup>41</sup>. (...) A instalação da corte portuguesa no Brasil, em 1808, modifica esta situação. A criação do ensino cirúrgico é agora colocada como útil ao “restabelecimento da saúde do povo”, “um dos principais objetos do meu real e paterno desvelo”, sendo portanto necessário “promover a cultura e progresso de tão importantes estudos<sup>42</sup>”. A saúde se torna objeto de poder central. Até o século XIX, o número de médicos diplomados é mínimo. Em nenhum momento chega a dez, durante os séculos XVII e XVIII. A atuação de curadores, jesuítas, pajés é ampla, escapando quase que totalmente ao controle da Fisicatura. Esta, por um lado, possibilita a legalização da situação de elementos não formados: habilita os chamados “cirurgiões práticos” que tenham servido por alguns anos no hospital da Santa Casa de Misericórdia ou acompanhado algum médico, através de uma carta ou atestado, caso sejam aprovados em exames prestados ao Físico ou Cirurgião mores. Licença dos práticos ou empíricos que continua a ser concedida depois da criação do ensino cirúrgico no Brasil. (MACHADO, 1978 ; 171)

Cuidado a ser lembrado, a progressiva instalação de ensinos, como o de cirurgia no país, tendem a não apresentar as resistências, os boicotes, as hesitações, as

---

<sup>41</sup> Roberto Machado cita como exemplo o documento da resposta do Conselho Ultramarino às Câmaras Municipais de Minas Gerais que haviam proposto a criação de uma faculdade de Medicina.

<sup>42</sup> Decreto de 29 de Dezembro de 1812, pelo qual se cria o Curso de Cirurgia na Bahia.



perseguições e as lutas pelos quais passou esse processo. É enovelado nesse acontecimento que as nuances do ensino dos princípios da medicina vai tomando corpo e pegando ar. “Os documentos que mostram a progressiva instalação do ensino cirúrgico, ao qual se adiciona o ensino de princípios de medicina, não mostram, entretanto, a resistência, a luta que convive com sua instalação” (MACHADO, 1978 ; 174)

Até mesmo a concessão de títulos era alvo de disputa institucional e palco de desavenças relacionadas aos poderes centrais, nacionais e locais. Ela atravessa, inclusive, episódios emblemáticos da história do Brasil tal como a Independência. Repetimos e enfatizamos, a questão se trata de “um ensino médico capaz de conferir diplomas no fim de curso sem a necessidade de outros exames perante outras instâncias”. É nesse clima que emerge a criação das escolas ou faculdades de medicina no país.

Até a criação das escolas ou faculdades de medicina, em 1832, uma série de projetos de lei de proposta à Comissão de Instrução Pública organizada na assembleia Geral, instalada após a Independência. Projetos que retratam um período de luta pela instalação de um ensino médico capaz de conferir diplomas no fim do curso sem a necessidade de outros exames perante outras instâncias, como a Fisicatura, que controlava a concessão de títulos e podia restringir o número de cirurgiões ou impedir que lhe fossem concedidos direitos e atribuições de médico, como era possível desde 1813. (MACHADO, 1978 ; 175)

Na experiência mais recente do conflituoso e turbulento processo de institucionalização da concessão de títulos e da concessão e permissão da atuação de médicos, o programa “Mais Médicos”<sup>43</sup> talvez seja a mais célebre delas. Entre as entidades representativas e sindicais do setor, como se sabe, não há consenso sobre o tema. Posições favoráveis e contrárias ao Programa podem ser facilmente visitadas nas redes sócias, culturais, políticas e profissionais<sup>1</sup>. Uma posição favorável pode ser visitada no site do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES)<sup>44</sup>. Já uma posição contrária foi publicizada recentemente no sítio do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)<sup>45</sup>. No Ceará, médicos hostilizaram a

---

<sup>44</sup> Site [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br). Publicada em 25 de agosto de 2013 o artigo: “Mais médicos: uma vereda para nossos grandes sertões” do médico sanitarista Reinaldo Guimarães.

<sup>45</sup> Site [www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br). Publicada em 26 de Agosto de 2013 a matéria “ Médicos Cubanos: CFM considera a imigração anunciada pelo Ministério da Saúde como medida eleitoreira e irresponsável”.

chegada de médicos cubanos<sup>46</sup>. Em Sobral, o Hospital Regional Norte realiza o transporte aéreo de médicos para viabilizar seu funcionamento<sup>47</sup>. Soubemos ainda que médicos cubanos teriam desistido do programa Mais Médicos por conta da falta de infra-estrutura encontrada na periferia da cidade de Fortaleza.<sup>48</sup> E, mais recentemente fomos informados que o perfil da maioria dos médicos chamados para o programa foi composta por brasileiros.<sup>49</sup>

Contudo, a natureza e o fundamento dessas controvérsias pode revelar aspectos ainda mais instigantes sobre o tema da estrutura e do funcionamento espacial do mercado de trabalho na Medicina. Isso porque as posições supracitadas podem ser assemelhadas no que diz respeito à restrição da questão aos aspectos sociais, culturais, políticos, administrativos e jurídicos da questão voltados ao tema dos recursos humanos. Especificando essa aproximação, elencos os seguintes fatores: i] o ato médico como reserva de mercado de trabalho para o profissional médico; ii] a vinda de médicos cubanos na gestão de Dilma Rousseff e; iii] a aceleração da abertura de faculdades de Medicina no ensino superior privado.

A emergência do problema pode ser revisitada historicamente tal como vimos há pouco na passagem do período da Independência. Madel Luz (1982) apresenta as históricas relações existentes entre as reformas curriculares ocorridas em 1854 e 1879 nos cursos de Medicina no Brasil e a regulamentação do exercício da profissão de medicina em relação aos médicos estrangeiros ocorridas próximas a Proclamação da República através da validação dos diplomas em solo pátrio. A Coleção das Leis do Império do Brasil de 1881 declara que:

Nenhum doutor ou bacharel em Medicina ou Cirurgia de instituições médicas estrangeiras poderá assinar, anunciar ou dizer-se formado pelas Faculdades do Império sem que para isso faça todos os exames exigidos aos graduandos nas mesma faculdades. (LUZ, 1982 ; 118)

---

<sup>46</sup> Site [www.estadao.com.br](http://www.estadao.com.br). Publicada em 26 de Agosto de 2013 a matéria “Médicos hostilizam colegas estrangeiros: cerca de 50 pessoas fizeram um corredor humano e chamaram os integrantes do Mais Médicos de Escravos. Outras matérias foram divulgadas posteriormente enfatizando a hostilidade e/ou o respeito com que médicos brasileiros recebiam os estrangeiros.

<sup>47</sup> Site [www.folha.uol.br](http://www.folha.uol.br). Publicada em 02 de Setembro de 2013 a matéria “Com falta de médicos, hospital em Sobral(CE) busca de avião profissionais em Fortaleza”.

<sup>48</sup> Site [www.opovo.com.br](http://www.opovo.com.br). Publicada em 04 de Setembro de 2013 a matéria “42% dos profissionais desistem do Mais Médicos em Fortaleza”.

<sup>49</sup> Ver. Publicado em 09 de Abril de 2015. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-04/brasileiros-preencheram-92-das-vagas-do-mais-medicos> 1

Descontinuando e explorando essa interessante observação de Madel Luz a observação de Madel Luz sobre os itens e pleitos requeridos para a atuação da emergente figura do médico num campo de práticas e conhecimentos que andava às voltas com a sua institucionalização no Brasil. Arriscando, nossa hipótese de saída, seguindo bem de perto Madel Luz, é a de que o “Mais Médicos” remonta às estratégias institucionais inscritas na formação e no desenvolvimento do estado brasileiro frente ao sistema capitalista internacional. A institucionalização da Medicina e das Políticas de Saúde no Brasil ocorrida entre o final do império e durante toda a República Velha são exemplos dessas estratégias estatais e mercantis. O “Mais Médicos” ocorre no período da Nova República dessa História das Políticas de Saúde no Brasil<sup>50</sup>.

Vejamos como outro autor, noutra contexto percebeu as fraturas intestinas a movimentação de uma ordem. Vários autores já evidenciaram a influência da cultura francesa nas teorias e práticas médicas instauradas no Brasil, incluindo-se aí as resistências táticas ocorridas na vinda da família real ao Brasil. Dessa peleja, vamos retomar rapidamente algumas observações de Michel Foucault sobre a questão do direito de exercício e o ensino médico na chegada do Termidor da Revolução Francesa e seu impacto nos saberes e práticas médicas. É no bojo dessa problematização que Foucault vai ironizar as narrativas mais ou menos míticas sobre a história da medicina<sup>51</sup> foram reunidas no final do século XVIII e começo do XIX. Sob os ruidosos episódios de sua história a medicina teria “ligado a verdade e o tempo”.

Quando chega termidor<sup>52</sup>, os bens dos hospitais são nacionalizados, as corporações proibidas, as sociedades e academias abolidas, a universidade, com as faculdades e as escolas de medicina não mais existem: os

---

<sup>50</sup> Ver sobre o entrelaçamento das práticas médicas e higiênicas nas reconfigurações estatais da passagem do Império para a República, ver. HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2012. Sobre as relações entre o iluminismo, a inquisição e a “caça às bruxas frente a tentativas de institucionalização monopolização do saber e do poder médico”, ver. WALKER, Timoty D. **Médicos, medicina popular e inquisição: a repressão das curas mágicas em Portugal durante o Iluminismo**. Rio de Janeiro/Lisboa: FIOCRUZ, 2013. Sobre as diversas artes e os diversos ofícios de curar, ver. CHALHOUB, Sidnei Et al. **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas: Unicamp, 2003. Outra forma de acionar o tema pode ser visitada em CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

<sup>51</sup> Sobre a filosofia e a história da medicina, ver. FOUCAULT, Michel. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

<sup>52</sup> Segundo a Wikipedia. O Termidor (calor solar e terrestre que incendeia o ar de Julho a Agosto) era o décimo-primeiro mês do Calendário Revolucionário Francês que esteve em vigor na França de 22 de Setembro de 1792 a 31 de Dezembro de 1805. O termidor correspondia geralmente ao período compreendido entre 19 de Julho e 17 de Agosto do Calendário Gregoriano recobrando, aproximadamente, o período durante o qual sol atravessa a constelação zodiacal de leão.

convencionais, porém, não tiveram tempo de pôr em prática a política de assistência de que admitiram a princípio, nem de determinar limites para o livre exercício da medicina, nem de definir as competências que lhe são necessárias, nem, finalmente, de fixar as formas de seu ensino. Tal dificuldade surpreende quando se pensa que, durante dezenas de anos, cada uma dessas questões tinha sido discutida e várias soluções propostas, indicando uma consciência teórica dos problemas; e sobretudo, que a Assembleia Legislativa colocava como princípio o que, de termidor ao Consulado, se redescobrirá como solução. Faltava uma estrutura indispensável durante todo esse período: a que teria podido dar unidade a uma forma de experiência já definida pela observação individual, pelo exame dos casos, pela prática cotidiana das doenças, e a um tipo de ensino de que se nota claramente que deveria ser dado no hospital, mais do que na faculdade, e no percurso total do mundo concreto da doença. Não se sabia como restituir pela palavra o que se sabia ser apenas dado ao olhar. O *Visível* não era *Dizível*, nem *Ensinável*. É que, se as teorias médicas se modificaram muito há meio século, se novas observações foram feitas em grande número, o tipo de objeto a quem se dirigia a medicina continuava o mesmo; a posição do sujeito cognoscente e perceptivo continuava a mesma; os conceitos se formavam segundo as mesmas regras. Ou melhor, o conjunto do saber médico obedecia a dois tipos de regularidade: o das percepções individuais e concretas, esquadrihado segundo o quadro nosológico das espécies mórbidas; e o do registro contínuo, global e quantitativo de uma medicina dos climas e lugares. Toda a reorganização pedagógica e técnica da medicina fracassava por causa de uma lacuna central: a ausência de um modelo novo, coerente e unitário para a formação dos objetos, das percepções e dos conceitos médicos. A unidade política e científica da instituição médica implicava, para ser realizada, essa mutação em profundidade. Ora, para os reformadores da Revolução, essa unidade só era efetuada sob forma de temas teóricos que reagrupavam posteriormente os elementos de saber já constituídos. Esses temas imprecisos exigiam uma unidade do conhecimento e da prática médica: indicavam-lhe um lugar ideal; mas eram, também, o principal obstáculo para a sua realização. A ideia de um domínio transparente, sem limites, inteiramente aberto a um olhar armado, entretanto, de seus privilégios e de suas competências, dissipava suas próprias dificuldades nos poderes prestados à liberdade; nela, a doença devia formular, por si mesma, uma verdade inalterada e oferecida, sem perturbação, ao olhar do médico; e a sociedade, medicamente investida, instruída e vigiada, devia por isso mesmo se libertar da doença. Grande mito do *livre olhar* que, em sua fidelidade em *descobrir*, recebe a virtude de *destruir*; olhar purificado que purifica; liberto da sombra, ele dissipa as sombras. Os valores cosmológicos implícitos na *Aufklärung* ainda continuam presentes neste momento. O olhar médico, cujos poderes começam a ser reconhecidos, ainda não recebeu, no saber clínico, suas novas condições de exercício; ele é apenas um segmento da dialética do Iluminismo transportado para o olho do médico. Por um efeito ligado ao futuro da medicina moderna, a clínica continuará, para a maioria dos espíritos, mais aparentada a esses temas de luz e de liberdade, que em suma a evitaram, do que à estrutura discursiva na qual efetivamente nasceu. Pensar-se-á frequentemente que a clínica nasceu nesse jardim livre em que, por um consentimento comum, médico e doente vêm se encontrar, em que a observação se faz, no mutismo das teorias, pela claridade única do olhar, em que, de mestre a discípulo, a experiência se transmite abaixo das próprias palavras. E, em proveito dessa história que liga a fecundidade da clínica a um *liberalismo* científico, político e econômico, esquece-se que ele foi, durante anos, o tema ideológico que serviu de obstáculo à organização da medicina clínica. (FOUCAULT, 2008 ; 57)

Se a aproximação no campo dos aspectos sociais, culturais, políticos, administrativos e jurídicos nos parecem ser mais facilmente identificáveis, o mesmo não parece ocorrer com nosso objeto de interesse. Em todas as questões o aspecto espacial emerge como um fato dado, implícito, subentendido e não questionável. Nuances e detalhes fundamentais e estratégicos passam, então, despercebidos. Tais são os casos das relações entre a formação acadêmica profissional médica e o ponto de vista demográfico e geográfico nacional, regional e municipal; a relação entre a quantidade e a qualidade de profissionais e a quantidade e a qualidade das necessidades sociais, culturais, políticas e econômicas da população. E, no cerne dessas preocupações, quais seriam, sobretudo, os locais em que os médicos poderiam e gostariam de trabalhar num país com milhares de municípios e as mais diversas regiões como é o Brasil<sup>53</sup>.

Porém, se analisadas mais de perto essas questões podem revelar aspectos interessantes e curiosos sobre o solo movediço em que sonham repousar tranquilamente<sup>54</sup>. À inocência de suas colocações podemos esbarrar com um pano de fundo turbulento. Uma espécie de cenário em que o efeito se confunde com a causa e em que as principais interrogações escapam às certezas mais confessas.

São essas linhas e fragmentos que nos interessam circunscrever e inscrever<sup>55</sup>. Não para montarmos um suposto e preciso quadro conceitual, analítico, político e social

---

<sup>53</sup> Ver JATENE, Adib. PADILHA, Alexandre. **40 anos de Medicina: o que mudou?** Campinas: Saberes Editora, 2011.

<sup>54</sup> Tais como o Ato Médico e suas implicações nas demais profissões e atividades ligadas à Saúde. O Ato Médico é o nome dado ao Projeto de Lei do Senado (PLS) 268/2002 e ao Projeto de Lei (PL) 7703/2006. Eles visavam regulamentar o trabalho do médico. A legislação brasileira não enumerava as atribuições da profissão. Os Conselhos Federais de Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Odontologia e Fisioterapia se manifestaram frente aquilo que consideraram ferir a autonomia de suas profissões. Qual seja: a formulação de diagnósticos nosológicos e a sua prescrição terapêutica. Na época Dilma Rousseff vetou 9(nove) pontos referente a esse tema inscrito no artigo 4 (quatro) desse Ato. Várias categorias teceram críticas sobre a forma obscura e lacunar com a qual a redação do Projeto foi apresentada.

<sup>55</sup> Sendo um mapeamento preliminar acerca das relações entre o mercado de trabalho e o ensino superior em Medicina no Estado do Ceará não teremos espaço para abordar algumas parcerias firmadas entre os cursos da Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Ceará, da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da Universidade de Fortaleza ( UNIFOR) e o Governo Federal. As demais faculdades de Medicina que emergiram na capital e no interior do estado do Ceará nos últimos anos não foram contempladas nesse mapeamento. As parcerias versam sobre o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias para a qualificação do atendimento médico no interior. Dentre elas, destacamos as que ocorrem no curso de Medicina da UFC. Situado no Campus do Porangabussu, o curso de Medicina da UFC é reconhecido social, histórica, cultural, acadêmica, política e economicamente como o de maior tradição e história institucional no Estado do Ceará. Elenco aqui alguns desses projetos e parcerias: Pró-Ensino na Saúde e Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde – NUTEDS, CNPq, Projeto Nacionalidade TELESSAÚDE, Projeto UNASUS (Universidade aberta do SUS). Outra iniciativa tida como importante no contexto da formação, treinamento e a educação voltada para educadores médicos é o Programa FAIMER – Brasil (Foundation for Advancement of International Medical Education and

mais abrangente. Mas, tão somente, para apresentarmos as fragilidades e as insuficiências dessas tentativas tão bem intencionadas quanto extravagantes.

Um desses monumentos pode ser visitado no trabalho de Madel Luz (1982). Nele a autora tenta “percorrer o processo de surgimento, consolidação e transformação de significativas instituições médicas, de meados do século XIX até o início deste século” (LUZ, 1982; 9).

Um horizonte histórico dessa natureza pode servir para balizar uma série de estudos acerca das relações entre a institucionalização das políticas de saúde, as instituições médicas no Brasil e a formação do Estado Brasileiro em momentos turbulentos, como a Revolta da Vacina no Governo Rodrigues Alves que guarda ressonâncias com a atuação de Rodolfo Teófilo no Ceará já foi objeto de um trabalho.<sup>56</sup> Um outro levantamento preliminar foi realizado ao inquirir o delicado, atordoado e confuso debate sobre cotas na medicina e suas relações com a natureza epistemológica das teorias críticas do currículo<sup>57</sup>. Conceitos tais como “grade curricular” tão propalados e reproduzidos no cotidiano universitário, por exemplo, não são neutros. São codificações sociais, culturais e políticas que expressam uma forma conservadora e autoritária de perceber a educação e a relação dos sujeitos com as mais variadas formas de conhecimento. O caráter fechado e amarrado de uma grade que dispensa uma discussão democrática sobre o que deve ou não ser pautado num determinado ambiente acadêmico. Ali, dialogando com as teorias críticas acerca do currículo, lembrávamos que:

As teorias do currículo estão empenhadas em responder perguntas concernentes ao conhecimento a ser ensinado aos estudantes e ao tipo de ser humano desejável para um dado tipo de Sociedade. (...). É a temática do

---

Research). Todas as iniciativas são sediadas no Campus do Porangabussu. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará.

<sup>56</sup> LIMA NETO, Felipe Franklin de. SANTANA, José Rogério. **Os Bastidores da Invenção de um Brasil Moderno: políticas de educação e saúde de Rodrigues Alves a Rodolfo Teófilo.** IN. ANDRADE, Francisco Ari. (org) Caminhos da educação: questões, debates e experiências. : Editora CRV, 2016. pp 161-173.

<sup>57</sup> Esse levantamento será apresentado no sexto capítulo desse trabalho. Outros aspectos podem ainda ser ressaltados atendendo a uma atenção mais microsocial. Por exemplo, a coletânea organizada por Marins (2011) levanta muitas questões importantes. Dentre elas, a apresentação de pesquisas que mensuram o tempo de atendimento que é “gasto” com o paciente em consultórios e enfermarias. Nesse percurso é espacializado e esquadrihado o tempo que um médico leva para diagnosticar e se comunicar com um paciente internado e ainda, como ele distribui o seu tempo de atendimento frente as demandas administrativas e burocráticas. Um clássico da sociologia médica norte-americana intitulado “A Profissão Médica” de Eliot Freidson se ocupa da análise sociológica do comportamento profissional do médico norte-americano.

poder que separa as teorias tradicionais das críticas e das pós-críticas. (SILVA, 2011 ; 31)

E, realizando um gancho com o pensamento pedagógico brasileiro, cabe ver a ressalva de Moacir Gadotti<sup>58</sup> (2008) no prefácio à oitava edição, quinze anos depois. O autor problematiza o conceito e nos lembra as relações de poder inscritas num campo onde se teima em ver unidade onde resiste a multiplicidade. O debate sobre as correntes e tendências da educação brasileira, as relações entre o individual e o coletivo, entre a unidade e a diversidade do pensamento pedagógico. Sobre o assunto, no diz o autor, problematizando o conceito:

No fim da década de 1980 recebi de Iñez Martins Tollini, do Ministério da educação, uma pesquisa sobre “Pensamento pedagógico de educadores brasileiros contemporâneos”, feita por meio de entrevistas e levantamentos bibliográficos. Tollini consultou 27 dos “ mais destacados” educadores brasileiros, escolhidos sobretudo em virtude do número de citações de suas obras. O que me chamou a atenção em sua pesquisa é que ela procurou saber como esses educadores viam o pensamento de seus colegas. Apenas quatro, dos consultados, quiseram falar sobre esse assunto. Preferiam falar do seu próprio pensamento, sem compará-lo com o de seus colegas. Medo de falar deles? Medo de ser criticado? Talvez. Mas uma coisa é certa. Isso mostra que o pensamento brasileiro no campo da educação tem dificuldade de ser radical, e sem *um pensamento radical* temos impedimento para avançar. Encontramos obstáculos para trabalhar coletivamente, para destacar o que mais tem ressonância em nosso pensamento, o que mais nos agradou, o que mais nos desagradou no pensamento do colega. Assim, fica difícil realizar o que Luzete chamou de “ obra de arte coletiva”. Somos devedores o tempo todo do que outros produziram. É importante reconhecer isso, seja por citações em bibliografias, seja por análises e menções no interior do texto. Nada pior no pensamento pedagógico brasileiro do que essa mania de citar apenas a si mesmo ou sempre os mesmos autores. Maurício Tragtenberg, com legitimidade, chamava isso de “ panela burocrática”. Há autores que citam a si mesmos o tempo todo e, pior ainda, citam a si mesmos como se fossem um outro autor qualquer. Precisamos de uma grande dose de generosidade para se denominar isso de “pensamento pedagógico brasileiro”. (GADOTTI, 2008 ; 9)

#### **2.4 As influências europeias e norte americanas e a convergência do pensamento latino-americano em saúde e a educação médica no Brasil**

Assim como Gadotti demonstrou a dificuldade inscrita no conceito “pensamento pedagógico brasileiro”, a Antropologia e a Sociologia da Saúde do campo médico problematizam de forma insuficiente o campo antropológico e sociológico em si. Alguns exemplos oriundos do campo filosófico, o fazem segundo aplicações teóricas

---

<sup>58</sup> GADOTTI, Moacir. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**. São Paulo: Ática, 2008.



e práticas<sup>59</sup> que terminam por também confundir e diluir o diálogo entre esses campos.

Por essa razão, vamos recuar um pouco na discussão e ver em que solo ela se movimenta. É Renato Ortiz (2015)<sup>60</sup> quem nos irá acompanhar no início desse tópico ao ir ouvindo e dizendo os sotaques<sup>61</sup> das ciências sociais. Nela, as escolas de medicina figuram no debate. O mote para a movimentação dos saberes e poderes inscritos nas ciências humanas e sociais é a globalização, a América Latina e as fronteiras nacionalistas da formação histórica desses saberes e poderes. São as tensas e múltiplas relações existentes entre o “universalismo” e a “diversidade” atuando num campo específico.

A assimetria existente entre países e instituições acadêmicas é lembrada. E complementando as observações feitas por Ortiz, saliento que, ao lado dessas diferenças, desigualdades e assimetrias por ele desenhadas, existem outras. Elas também inflacionam e promovem a hierarquia dos saberes e poderes médicos em relação aos demais campos teóricos e práticos da saúde e, é o caso aqui, em relação aos saberes e poderes das ciências humanas, sociais e históricas.

Entretanto, o traço de união – América Latina – tinha pouca consistência e se desfazia considerado à luz das especificidades de cada lugar. O surgimento das ciências sociais não se fez à luz das especificidades de cada lugar. O surgimento das Ciências Sociais não se fez a partir do marco latino-americano, mas das particularidades de cada nação. Por exemplo, no Brasil, no final do século XIX e início do XX, a introdução das ideias sociológicas se dá através da influência europeia, particularmente Comte, Spencer e, tardiamente, Durkheim; há pouco contato com o universo alemão. Não se trata, no entanto, de uma especialização disciplinar; as elites brasileiras evoluem em torno das instituições tradicionais criadas durante o Império: faculdades de direito, escolas de medicina, institutos históricos e geográficos. O debate principal centra-se na identidade nacional, procura entender que futuro teria um país resultante da mistura de raças tão díspares: negra, indígena, branca. É esse o desafio intelectual para escritores como Silvio

---

<sup>59</sup> Ver CAMARGO Jr. Keneth Rochel. NOGUEIRA, Maria Inês. **Por uma Filosofia Empírica da atenção á Saúde: Ollhares sobre o Campo Biomédico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Ou ainda. PEREZ, Daniel Omar (org). **Filósofos e terapeutas em torno da questão da cura**. São Paulo: escuta, 2007. Uma curiosa inversão pode ser visitada numa coletânea filosófica em que o texto remete a arte da imagem nas ciências naturais. Ver. BREDEKAMP, Horst. **Mãos pensantes** – considerações sobre a arte da imagem nas ciências naturais. IN. ALLOA, Emmanuel (org). **Pensar a Imagem**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. pp. 141-164.

<sup>60</sup> ORTIZ, Renato. **Universalismo e Diversidade: contradições da modernidade-mundo**. São Paulo: Boitempo, 2015.

<sup>61</sup> A série “Unidade Básica” é uma recente tentativa de ressoar um sotaque brasileiro inscrito no mercado de bens simbólicos audiovisuais através das séries médicas que são produzidas e exibidas nos canais abertos e fechados. Ela aborda o campo médico a partir da Medicina da Família e da Comunidade e da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.



Romero, Nina Rodrigues<sup>62</sup> e Euclides da Cunha (...). O pensamento latino-americano se subdividia, portanto, em unidades menores: “brasileiro”, “mexicano”, “argentino”, “chileno”. A história das ciências sociais é narrada no plural, não no singular: sociologia brasileira, sociologia peruana, sociologia mexicana, etc. Tal aspecto acirra a contradição entre o autóctone e o estrangeiro, pois toda identidade contém uma dupla-face, ela delimita um espaço interior (moradia da autenticidade) e o separa do que lhe seria estranho. O problema é que o estranho correspondia ao que se esperava conquistar: a autonomia do padrão sociológico. A busca da identidade acadêmica terminava num impasse. Ele se enredava na teia de uma sutil hierarquia na qual o nacional, sendo específico a cada localidade, lhe cerceava o caminho da generalização. A rigor não faria sentido falar da existência de um pensamento francês ou alemão, Durkheim e Weber seriam “universais”; Parsons tampouco poderia ser identificado como norte-americano, ele era autor de *A Estrutura da Ação Social*. Apenas na periferia a arte da reflexão podia ser qualificada, ambígua e positivamente dessa maneira. Construiu-se certo consenso ou, se preferirem, uma regra cortês de convivência internacional, na qual a universalidade do método era uma prerrogativa de alguns e sua aplicação, disponível a todos. (...) Não obstante, subjaz a esse desdobramento a incerteza do particular. Na periferia, a prática sociológica se conjugaria no plural devido às tradições nacionais. A tensão entre o universal e o diverso resolve-se, dessa forma, em favor de uma desclassificação dos outros; ela reforça a ilusão de um modelo único cuja realidade repousa menos em sua consistência teórica e mais na assimetria existente entre países e instituições acadêmicas. Esse quadro transforma-se radicalmente na situação de globalização<sup>63</sup>. Basta lermos o relatório organizado pela Comissão Gulbenkian sobre sua reestruturação para darmos conta de que a prática sociológica se distanciou de seu passado clássico. Seu desenvolvimento nos países ditos periféricos, orientais, atrasados, rompe o vínculo orgânico entre os pais fundadores e os lugares nos quais o pensamento sociológico emergiu: França, Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos. Ao provincializá-lo, isto é, circunscrevê-lo a um determinado espaço, percebemos sua evolução de outra maneira. O surgimento de universidades, institutos de pesquisa, políticas de incentivo à Ciência, em diferentes países do planeta, tende, senão a nivelar a concorrência entre esses centros, pelo menos a debilitar as certezas anteriores. Fica difícil sustentar a crença em um padrão único da prática sociológica. O debate sobre a existência de “uma” ou “várias” sociologias a despeito de qualquer intenção teórico-metodológica, torna-se inelutável. Afinal, cada localização espacial conferiu uma coloração diversificada à sua internacionalização. A defasagem da qual os autores latino-americanos se ressentiam é substituída por um conjunto de tradições intelectuais que se complementam e diferem entre si. (ORTIZ, 2015: 54-7)

---

<sup>62</sup> Ver as análises – “atualmente” consideradas conservadoras e racistas - do médico legista, psiquiatra, professor e antropólogo - Raimundo Nina Rodrigues ( 1862- 1906), ver, por exemplo a “ loucura epidêmica de Canudos”. IN. RODRIGUES, Nina. **As Coletividades Anormais**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2006. Embora não tenhamos o espaço para esse exercício analítico, consideramos que caberia uma análise da confrontação das posições existentes entre Nina Rodrigues e um quase contemporâneo seu. Trata-se de Gabriel Tarde ( 1843-1904). Mais ou menos no mesmo período, Tarde já combatia e desafiava teses conservadoras e racistas tais como as hipóteses lombrosianas no seu *A Criminalidade Comparada*.

<sup>63</sup> Ver FISCHER, Michael. **Futuros Antropológicos**: redefinindo a cultura na era tecnológica. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. Ver ainda. FLUSSER, Vilém. **Pós- História**: vinte instantâneos e um modo de usar. São Paulo: Annablume, 2011.

Transpondo e mediando o debate, a ideia, portanto, é não perdermos, do ponto de vista antropológico, sociológico e educacional, a problematização das relações continentais e locais que permeiam a prática médica brasileira e o chão de sua sala de aula. Sendo muito comum a associação ou olhar norte-americano e europeu sobre a questão, pensamos em fazer um contraponto na forma de abordar a questão de uma forma não etnocêntrica. Um é a influência de Juan Cesar Garcia. E a outra, a de Sergio Arouca<sup>64</sup> O recorte histórico de um tema pode ser realizado de várias maneiras. Sobre a medicina, poderíamos acompanhar Luís da Câmara Cascudo (2004) em seu *Cultura e Civilização*. Afirma o folclorista potiguar que:

Dizer-se que a Medicina começou no Neolítico é afirmar a existência humana apenas nesse período. Não sabemos, antes do neolítico, como o Homem do Aurinhacense, do Solutrense, do Madaleniano, de todo epipaleolítico, atendia aos reclamos imperiosos do organismo ferido ou molesto. Indiscutivelmente não ficariam imóveis as mãos que desenhavam, esculpavam, gravavam, manejando armas bem acabadas e instrumentos musicais. Uma ausência documental não invalida a presença da Medicina incipiente e lógica, tão obrigatoriamente natural quando irrompia do próprio instinto defensivo do homem. (CASCUDO, 2004: 624-5)

A história da formação médica no Brasil poderia ser inscrita ainda na história das políticas de saúde no Brasil. Poderíamos realizá-la no seio de dois grandes movimentos. O primeiro deles caminharia no sentido do Império ao desenvolvimentismo populista. O segundo, partiria do golpe militar de 1964 indo até a Reforma Sanitária (GIOVANELLA, Et all, 2008).

No entanto, nosso percurso será outro. Tentaremos fazer uma análise imanente ao nosso objeto. Isto é, percorrer os desígnios da educação médica e das ligas acadêmicas médicas no Brasil e no Ceará a partir dos contextos sociais, históricos, educacionais, culturais, econômicos e políticos de onde emergiram sem tentar lhes impor uma lógica histórica anterior e exterior.<sup>65</sup>

A história da constituição das instituições e do próprio ensino médico no País se constituem como um locus importante na compreensão da atual distribuição dos profissionais médicos no Brasil. Assim, é importante lembrar que a primeira escola médica só foi criada em 1808, após a vinda da família real portuguesa para o Brasil. Até

---

<sup>64</sup> A importância simbólica e histórica da oitava conferência nacional de saúde realizada em 1986 pode ser associada e recortada junto ao pensamento de Sergio Arouca.

<sup>65</sup> Uma tentativa mais “clássica” e tradicional seria, por exemplo, tentar enxergar os primórdios da educação médica e das ligas acadêmicas a partir da história da educação universal e geral. Sobre essa possibilidade, ver MANACORDA, M.A. **História da Educação**: da antiguidade aos nossos dias. 13 ed. São Paulo: CORTEZ, 2010.

então, os poucos médicos aqui existentes haviam se formado em faculdades europeias (especialmente em Portugal e na França) ou, no caso dos cirurgiões barbeiros, credenciados após um questionável exame de proficiência. Afirma (ARAÚJO *apud* MACHADO, 1997; 13) que:

a cirurgia ainda menosprezada, inclusive em nosso meio, era praticada por bisonhos e inexperientes cirurgiões mal preparados, porém legalmente habilitados à profissão, mercê de atestados que asseguravam haverem trabalhado durante quatro anos em clínicas hospitalares, complementados por 'atos de exames' superficialíssimos, por vezes verdadeiras palhaçadas perante delegados ou comissários da Real Junta do Protomedicato que lhe concedia a 'Carta de Aprovação' (...).

Desta forma, podemos dizer que a medicina no Brasil, até o século XVII continua,

(...) era praticada por camadas sociais desprestigiadas e compunha-se do 'baixo clero', homens mal letrados, sem prestígio social e de pouca cultura. Poucos éramos que fugiam à regra. A prática da medicina constituía-se numa verdadeira anarquia de mercado. A empiria determinava a prática e esta não seguia as normas reguladoras. (ARAÚJO *apud* MACHADO, 1997 ; 127)

A tardia criação de faculdades nas colônias portuguesas, em comparação com as espanholas, é com frequência explicada por argumentos político-econômicos – o sistema colonial, por sua vez pressionado pelo expansionismo francês, bloqueava o desenvolvimento do ensino superior no Brasil. Essa argumentação, entretanto, não deve ser exagerada, como explica CUNHA *apud* MACHADO (1997), uma vez que existem fatos que a contradizem. Se essa intenção de Portugal fosse assim tão forte, não teriam sido criados os cursos de filosofia, teologia e matemática nos colégios religiosos muito antes da chegada da família real portuguesa. Além da existência desses cursos, que não eram exclusivamente voltados para a formação de quadros profissionais para a Igreja, CUNHA *apud* MACHADO (1997; 13) enfatiza ainda a acanhada dimensão do aparelho escolar de nível superior em Portugal, que, aliada ao relativamente reduzido contingente demográfico naquele país, seria outro fator capaz de minimizar a capacidade efetiva da metrópole em expandi-lo para as colônias. SANTOS NETO *apud* MACHADO (1997; 52) mostra que,

nos primeiros trezentos anos de Brasil, os físicos e cirurgiões procediam do exterior. A coroa nomeava delegados do físico-mor e cirurgião-mor para atuarem na Colônia. Estes deveriam fiscalizar e fazer cumprir os regulamentos sanitários ditados pela Corte. Mais tarde, os 'filhos de posse' nascidos no Brasil passam a ter sua formação na Europa, retornando em seguida para desenvolver seus ofícios.

Assim, no início do século XIX, mais precisamente a partir de 1808, expressa-se a necessidade premente de formar profissionais com o objetivo de ocupar postos na burocracia do Estado, já que, com a ocupação de Portugal pelas tropas de Napoleão, o *staff* estatal brasileiro deveria ser formado no próprio território.

Foram criados cursos de direito, academias militares e de medicina, entre outros. As duas primeiras escolas médicas criadas, uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro, estavam sediadas inicialmente em dependências militares. Apenas próximo à instalação da República, em 1898, é que outro curso viria a ser criado, dessa vez na capital do Rio Grande do Sul. Pouco a pouco, o número de escolas médicas no Brasil evoluiu, com destaque para o *boom* ocorrido no final da década de 60 e início de 70.

O modelo de ensino estabelecido nas primeiras escolas médicas brasileiras foi o da Universidade de Coimbra após a Reforma Pombalina, na qual,

o aspirante à carreira médica deveria saber falar latim, ter conhecimento do grego, de filosofia moral e racional, e manejar as línguas francesa e inglesa, facultativamente. Cursaria, então, as matérias das Faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após exames, no curso de medicina, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia; anatomia, prática das operações e arte obstétrica; instituições (teoria médica) com a prática da medicina e da cirurgia no hospital; aforismos (de Hipócrates e de Boerhaave) e continuando com a prática no hospital; prática da medicina e da cirurgia no quinto e último ano, findo o qual submetia-se a exames (...), recebendo, se aprovado, o grau de 'Bacharel em Medicina e Cirurgia'. Para obter os títulos de 'licenciado' e de 'doutor', cumpria a repetição, por mais um ano, das cadeiras de instituições e aforismos, e defesa de tese, no último caso. (SANTOS NETO *apud* MACHADO, 1997 ; 57)

Após a reforma do ensino médico americano, em decorrência da publicação do Relatório Flexner, e o progressivo deslocamento do modelo de referência em educação médica francês para o americano, o Brasil foi paulatinamente transformando seu currículo, culminando na Reforma Universitária de 1968<sup>66</sup>. TEDESCO *apud* MACHADO (1997; 58) analisa as reformas educacionais que ocorreram nessa época em toda a América Latina e mostra que,

a partir da década de 60, pôde-se assistir a uma verdadeira avalanche educacional. A América Latina, onde os problemas reunidos no diagnóstico anterior tinham uma existência peculiar em função dos seus padrões de

---

<sup>66</sup> Outro gancho histórico pode ser visto no texto Medicina e Humanismo de Pedro Nava. O autor discorre sobre as reviravoltas e os impactos da influência portuguesa, francesa e alemã na medicina brasileira em momentos como a fuga da família real portuguesa para o Brasil, a Independência do Brasil e a passagem do império para a República. Dessa movimentação é ilustrada a reforma de “caráter tedesco, sectário e positivista” de 1911 Ver NAVA, Pedro. **Medicina e Humanismo IN. NAVA, Pedro. A Medicina de Os Lusíadas**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004. pp 55-71. Trata-se de um discurso de recepção ao Professor Aloysio de Castro no Instituto Brasileiro de História da Medicina publicado em 1946.

desenvolvimento, assimilou essas propostas e, deste modo, ocorreu uma homogeneização do discurso educacional reformista, que contrastava fortemente com a heterogeneidade de situações e problemas que era preciso enfrentar.

Sendo assim, os princípios do modelo flexneriano teriam encontrado um campo fecundo em nosso país, também impregnado pelas concepções positivistas. Foram, então, estabelecidos os estudos dos sistemas e dos órgãos isolados do corpo; a concepção de doença como processo individual, natural e biológico. Como *locus* estratégico e de excelência para a implantação do binômio ensino-pesquisa, foram criados os hospitais universitários.

Através de suas investigações instrumentalizadas dos órgãos e sistemas, com o apoio logístico de outras ciências, inegavelmente o hospital universitário deu uma contribuição de excelência para o desenvolvimento da medicina, tendo propiciado não só a iniciação, mas o próprio desenvolvimento das especialidades médicas. Criou condições para o desenvolvimento de disciplinas básicas, como anatomia, fisiologia, microbiologia, genética e muitas outras. (SANTOS NETO *apud* MACHADO, 1997 ; 58 )

Na opinião de TEDESCO *apud* MACHADO (1997; 58), as reformas ocorridas na América Latina sofreram grande influência externa, ou seja,

As propostas de reforma sempre foram caracterizadas por uma dinâmica imposta através de influências e exigências externas. Aldo Solari (1977) mostrou claramente a relação entre as propostas reformistas e as agências internacionais de financiamento, esclarecendo até que ponto a crise do sistema educacional da América Latina era avaliada como tal, não tanto em função das exigências internas dos países, mas do novo lugar que passava a ocupar a América Latina na divisão internacional do trabalho.

Embora fortemente influenciado pelo modelo flexneriano, o currículo médico brasileiro guarda algumas características que o diferenciam do norte-americano. O ingresso no curso médico americano, por exemplo, se dá somente após a passagem pelo *College*, curso de nível superior frequentado imediatamente após a *High School*. Os que pretendem frequentar a escola de medicina em geral frequentam o de ciências biológicas, com duração de quatro anos - dois anos de disciplinas básicas e dois em áreas profissionais. O internato, embora obrigatório, só ocorre após a graduação, em um 'quinto' ano. No Brasil, mantém-se o acesso à faculdade de medicina logo após a finalização do ciclo secundário; já o curso de medicina tem a duração de seis anos (dois de disciplinas básicas e quatro profissionais, incluindo o internato).

Por outro lado, foi incorporado não só o modelo de ensino-pesquisa proposto pelos hospitais universitários, como o ensino por disciplinas segundo

especialidades (ou seja, têm-se disciplinas como a cardiologia, pediatria, dermatologia, radiologia etc.). Embora os conteúdos programáticos dessas disciplinas se sobreponham em diversos aspectos, eles são ministrados de forma independente, prevalecendo a lógica interna de cada disciplina ou especialidade.

Se, por um lado, esse crescente 'especialismo', sustentado pelo mito da eficácia e racionalidade técnica, encontra amplo apoio na sociedade moderna e no complexo médico-industrial, por outro, acaba favorecendo a especialização precoce do estudante.

Desta forma, os médicos, de modo geral, estão se formando condicionados por um mercado cada vez mais competitivo e por um modelo de ensino que favorece e estimula a opção prematura por uma especialidade. Além disso, até recentemente, verificamos a baixa regulação empreendida pelas Sociedades de Especialistas e pelo próprio Conselho Federal de Medicina quanto ao exercício da medicina especializada, facilitando a proliferação de meios informais de especialização.

Assim, a especialização que aparece no início de suas práticas com relativa importância para qualificar o desempenho pessoal, a partir da plena configuração da medicina tecnológica, principalmente como decorrência da presença do equipamento, mostra-se como a única via que o médico tem para firmar-se profissionalmente, deslocando definitivamente o não-especialista do mercado. (SCHRAIBER *apud* MACHADO, 1997 ; 99)

Segundo o estudo, as especialidades que adotam o modelo cognitivo tendem a reduzir sua importância na configuração da estrutura de prestação de serviços médicos. Assumem lugar de destaque aquelas especialidades com forte apelo técnico-cirúrgico.

Contamos hoje com todo um debate acerca do estabelecimento dos critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como sobre a forma de concessão e registro de títulos de especialistas pelo Conselho Federal de Medicina. Há diversas áreas e sociedades de especialistas cujas áreas de especialização não estão ainda oficialmente reconhecidas pelo CFM.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Acompanhe as áreas de especialização médica a partir da nomenclatura das Ligas Acadêmicas de Medicina nos anexos desse trabalho.

## 2.5 A Educação Médica Contemporânea

No artigo “Novas Tendências do Ensino Médico”, Milton Martins da Faculdade de Medicina de São Paulo mostra que no início do século XXI, muitas mudanças socioeducacionais foram propostas na formação médica no mundo e no Brasil. O autor salienta que alguns eventos das últimas décadas do século XX sintetizariam alguns dos princípios básicos que deveriam nortear orientar essas mudanças: a Declaração de Alma-Ata (1978), a Declaração de Edimburgo (1988) e, no Brasil, o trabalho da Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina (2001), nas quais devem ser formados médicos em número suficiente para atender às demandas sociais, com uma formação geral, formação técnica profunda, mas também ética humana e responsabilidade social.

Segundo o autor, estamos no terceiro século de formação médico no Brasil visto que há cerca de duzentos anos era fundada na Bahia a primeira Faculdade de Medicina do Brasil. Assim sendo, seria oportuno fazer algumas considerações sobre o ensino médico de graduação contextualizando-o no início do século XXI.

No mundo todo e no Brasil em particular, há em curso mudanças fundamentais na formação médica. Transformações profundas nos projetos curriculares de inúmeras escolas médicas têm sido propostas e realizadas.

No Brasil, praticamente todas as escolas médicas fizeram recentemente, estão fazendo ou planejam fazer mudanças curriculares. A formação de médicos para atuar neste início de século é uma tarefa extremamente complexa e exige uma profunda reflexão por parte de todas as escolas médicas.

Para pensar o ensino médico no Brasil, segundo ele, neste início de século, é importante fazer referência a alguns eventos recentes que influenciaram o crescente movimento internacional e nacional de mudanças na formação médica de graduação: a Conferência de Alma-Ata (1978), a Declaração de Edimburgo (1988) e, no Brasil, as atividades da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), na década de 90, e as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina (2001).



Todo um contexto histórico passa então a ser apresentado<sup>68</sup>. Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, no Cazaquistão, então parte da União Soviética. Essa conferência foi promovida pela Organização Mundial da Saúde, como parte do objetivo de “Saúde para Todos no Ano 2000” (GARCIA-BARBERO, 1995). A declaração de Alma-Ata (WHO, 1988), elaborada nesta conferência, foi a primeira declaração internacional que enfatizava a importância da saúde, tendo influência decisiva na organização de sistemas de saúde de vários países, incluindo o Brasil, e na redefinição dos objetivos da formação dos profissionais de saúde, com destaque para os médicos. Em linhas gerais tratava-se de compreender a saúde como: “A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

Na década de 80 do século passado, a Federação Mundial de Educação Médica e suas associações regionais promoveram reuniões com a finalidade de estabelecer metas de melhoria na qualidade do ensino médico. A Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1988, na qual foi elaborada a Declaração de Edimburgo, teve um papel fundamental nas mudanças curriculares que foram realizadas nas décadas seguintes (THE EDINBURGH DECLARATION, 1988; PAHO AND PAN-AMERICAN FEDERATION OF ASSOCIATIONS OF MEDICAL SCHOOLS, 1993). Na Declaração de Edimburgo, várias propostas foram feitas para as escolas médicas, no sentido de aprimorar a formação médica. Dentre as propostas destacamos: Ampliar os ambientes em que os programas educacionais são realizados, para incluir todos os recursos de assistência à saúde da comunidade e não apenas os hospitais; a garantia para que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde do país e a disponibilidade de recursos e o de empregar métodos de seleção de estudantes de medicina que não incluam apenas a capacidade intelectual e o

---

<sup>68</sup> Sentimos a falta do estudo da emergência histórica e institucional inscrita na criação do Ministério da Saúde do Brasil, operada em 1953. Sobre o assunto ver. HAMILTON, W.FONSECA, C. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional**: a criação do Ministério da Saúde em 1953. IN: História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Vol 10 (3), 791-825, set-dez, 2003.



desempenho acadêmico, mas que incluam também as qualidades pessoais desses estudantes.

A Declaração de Edimburgo citada no estudo propõe ainda um envolvimento mais amplo da sociedade, que inclui os Ministérios da Saúde e Educação e os serviços de saúde no sentido de coordenar os projetos de formação médica com os serviços de atenção à saúde, uma formação de um número de médicos de acordo com as necessidades da sociedade, treinamento para o trabalho em equipe com outros profissionais de saúde, definir responsabilidades e alocar recursos para a educação médica continuada.

No Brasil, na década de 90 do século XX, com a participação das escolas médicas, de docentes, estudantes e representantes das principais entidades médicas, foi realizado, pela CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), um amplo diagnóstico da situação das escolas médicas e do ensino médico, concluindo-se pela necessidade de haver uma ampla transformação da escola médica, com o desenvolvimento de currículos que levem em conta as necessidades de saúde de nossa população (ALMEIDA, 1997). Deslocar o centro do processo de ensino-aprendizagem da transmissão de conhecimentos para a aprendizagem baseada na prática da assistência às pessoas e às comunidades foi também uma proposta importante da CINAEM. A necessidade de mudanças nas áreas da gestão dos cursos, capacitação docente, processo de formação e avaliação foram, também, conclusões da CINAEM. O processo de avaliação promovido pela CINAEM disseminou pelo país propostas de mudanças no ensino médico que antes eram restritas a um número menor de escolas médicas.

Em 2001, foram promulgadas pelo Ministério da Educação as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina ([www.abem-educmed.org.br](http://www.abem-educmed.org.br), 2007), que hoje constituem os princípios gerais para a formação médica mediante a estruturação de um currículo para uma sólida formação em Medicina. A partir da definição das diretrizes curriculares, as escolas médicas brasileiras devem concentrar esforços e recursos visando formar um “médico, com uma boa formação geral, 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”. O antigo currículo mínimo foi substituído pelas diretrizes curriculares. Trata-se de texto que estabelece diretrizes gerais para a formação do médico e que permite uma ampla liberdade das instituições de ensino para sua aplicação.

Um dos desafios principais das escolas médicas, que pretendem aproximar a formação médica cada vez mais do proposto pelas diretrizes curriculares é pensar a formação médica como um todo integrado e não como mera soma de conteúdos das diversas disciplinas e especialidades médicas. As diretrizes curriculares estabelecem, corretamente, que existem competências gerais que devem ser adquiridas durante os cursos de graduação, atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento e educação permanente.

Segundo as diretrizes curriculares, a estrutura do curso de graduação em Medicina deverá: ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor de saúde; utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; através da integração ensino-serviço vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das competências mais importantes a serem adquiridas durante o curso de graduação em medicina é a capacidade de se atualizar continuamente, de saber como buscar a informação que é fundamental para resolver algum problema clínico e saber selecionar a informação relevante e utilizar os dados obtidos de forma crítica. Pesquisas demonstram que hoje é impossível que todos os conteúdos de cada área da medicina sejam transmitidos ao estudante durante seu curso .. Os docentes de medicina têm a tarefa de selecionar o que é realmente importante de sua área para a formação geral de todos os médicos.

Os principais teóricos da educação de adultos, como Paulo Freire, já demonstraram que a prática é o grande motivador do aprendizado. O aprendizado das chamadas ciências básicas é mais motivador e mais produtivo quando o estudante tem diante de si problemas médicos para resolver. Estratégias de ensino que exigem a participação ativa do estudante na busca de soluções para problemas reais ou construídos com objetivos pedagógicos claros têm contribuído para a conquista da autonomia intelectual do estudante. Afinal, na tradição das escolas médicas, o período do internato justamente é uma busca por parte do interno da solução dos problemas médicos que seus pacientes apresentam.

Os hospitais universitários brasileiros, à medida que se integram cada vez mais ao Sistema Único de Saúde, estão se tornando hospitais de alta complexidade. O ensino de graduação não pode mais ser baseado exclusivamente ou principalmente nas enfermarias desses hospitais.

A diversificação dos cenários de aprendizagem é urgente, incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários. As escolas médicas devem, também, deixar claro, em todos os momentos do curso que um médico deve ter uma alta competência técnica, mas deve também ter uma formação humanística e ética e atuar de forma socialmente responsável.

Os médicos com quem os estudantes convivem devem ter claro que jamais estão ensinando apenas sua área de conhecimento, mas estão sendo modelo de atendimento aos pacientes. Outro desafio para o Século XXI é o currículo médico se adequar à visão moderna de saúde, que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, hábitos e estilo de vida e acesso aos serviços de saúde. A promoção da

saúde, a prevenção, a busca da qualidade de vida, a reabilitação e a reintegração à sociedade passam a ser tão importantes como o diagnóstico e tratamento das diversas enfermidades.

É também importante que os métodos de avaliação dos estudantes sejam adequados às mudanças que estão sendo feitas nos cursos de graduação. Hoje, existem várias formas de avaliar não só conhecimentos como habilidades e atitudes e as escolas médicas têm que se capacitar para aperfeiçoarem seus sistemas de avaliação.

Saindo um pouco de uma definição mais usual de educação médica, vejamos como os estudantes e médicos se posicionam diante de fenômenos políticos recentes e exercem a sua participação política na realidade socialmente vigente. Veremos o depoimento de um profissional da medicina e de um estudante sobre o assunto. Um sobre a atuação de Dilma Rousseff no contexto do Programa Mais Médicos, o outro sobre a turbulenta atmosfera política que envolveu o afastamento da ex-presidente. Por último, uma palavra sobre as Olimpíadas ocorridas no Rio de Janeiro. Vamos ao primeiro desses três momentos. A veemência com que Fernanda Melo, médica, moradora e trabalhadora de Cabo Frio, cidade da baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro se dirigiu a presidência da república sobre o mais médicos denota o caráter explosivo da questão.<sup>69</sup>

Dilma, deixa eu te falar uma coisa! Este ano completo 7 anos de formada pela Universidade Federal Fluminense e desde então, por opção de vida, trabalho no interior. Inclusive hoje, não moro mais num grande centro. Já trabalhei em cada canto... Você não sabe o que eu já vi e vivi, não só como médica, mas como cidadã brasileira. (...) O problema do interior não é falta de médico. É falta de estrutura, de interesse, de vergonha na cara. Na tua cara e dessa corja que te acompanha! Não é só salário que a gente reivindica. Eu não quero ganhar muito num lugar que tenha que fingir que faço medicina. E acho que a maioria dos médicos brasileiros também não. Quer um conselho? Pare de falar besteira em rede nacional e admita: já deu pra vocês! Eu sei que na hora do desespero, a gente apela, mas vamos combinar, você abusou! Se você não sabe ser "presidenta", desculpe-me, mas eu sei ser médica, mas por conta da incompetência de vocês, não estou conseguindo exercer minha função com louvor! Não sei se isso vai chegar até você, mas já valeu pelo desabafo!

É do ponto de vista da interrogação e da formação do objeto “medicina preventiva” que Sérgio Arouca (2003) pode ajudar a problematizar, situar e angular esse debate. Tentando problematizar o que chama de o dilema preventivista e realizar uma contribuição para o a compreensão e crítica da Medicina Preventiva, Arouca realiza um

---

<sup>69</sup> Depoimento retirada do site “médico sem fronteiras” no Facebook, postado em 16 de Agosto de 2013 as 22:28 hs.

trabalho pioneiro. No contexto da tematização das bases de construção da reforma sanitária brasileira e do SUS, o autor articulou as formulações marxistas ao aparato crítico e conceitual do “período” arqueológico de Michel Foucault àquele momento da realidade brasileira.

Estudando as condições de emergência e as regras de formação discursiva da Medicina Preventiva é realizada, então uma articulação da Medicina em geral com a sociedade. Da totalidade marxista disparada na análise dessas relações entrelaça-se a especificidade foucaultiana da emergência histórica e discursiva da Medicina Preventiva. E daí chegamos à unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina, o *cuidado médico*, que envolve uma relação entre duas pessoas” Dentre os temas abordados nesse exercício de mediação teórica, social, política e econômica, versa o médico sanitário sobre as tensas relações entre a Medicina, o trabalho médico, a manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho nas sociedades capitalistas, a mais-valia, o valor de uso e de troca da mercantilização do ser humano e os aspectos produtivos e improdutivos da questão.

Em síntese, podemos dizer que a articulação fundamental da Medicina refere-se à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho; à manutenção e recuperação de valores de uso para as classes hegemônicas, sendo o trabalho médico diretamente produtivo quando possibilita um acréscimo na mais-valia, e improdutivo quando se refere à pura relação de troca comercial e, por fim, é indiretamente produtivo quando se refere à reprodução da força de trabalho e atendimento do exército de reserva. (AROUCA,2003; 232)

Em suma: o papel e o valor do trabalho médico devem ser percebidos na relação que ele trava com a manutenção, a recuperação, a reprodução da força de trabalho enquanto valor de uso para as classes hegemônicas. Daí percebermos as mais diversas e distintas práticas de tratamento médico frente aos pacientes e usuários dos sistemas públicos e privados de saúde no país. Da extrema precariedade e desvalorização sócio-econômico-política presenciadas em atendimentos de cidadãos anônimo no SUS, às formas e tentativas de valorização monetária no atendimento público através da redução do tempo de atendimento para obtenção de maiores ganhos em escala; do papel exercido pelos planos de saúde privados e complementares assim como os obstáculos e desafios que os mesmos apontam no momento de utilização desses serviços; as relações entre o que se considera rentável em termos de prática e

saberes médicos no mercado de trabalho médico e a formação, especialização, atualização e alocação de recursos humanos nesse Mercado.

Frente a problematização marxista-foucaultiana do tema cabe aqui uma análise feita por Anselm Jappe no seu crédito à Morte, a decomposição do capitalismo e suas críticas a partir das formulações da teoria crítica do valor. O autor vai além dos termos propostos por Sergio Arouca e dialogando com a Antropologia do dom de Alain Caillé diz que:

Finalmente, a crítica do valor e a teoria do dom estão entre os pensamentos contemporâneos mais atentos a um dos aspectos mais ameaçadores do mundo contemporâneo: indivíduos e grupos cada vez mais numerosos se tornam “supérfluos” visto que “inúteis”. “Inúteis” do ponto de vista do utilitarismo, “inúteis” do ponto de vista da valorização do valor. “Em uma sociedade que tem por alicerce o dever da utilidade, nada é pior do que o sentimento de ser supérfluo”, diz Caillé falando dos regimes totalitários. Mas será que não é o totalitarismo da razão mercantil, baseada no trabalho, que está tornando supérfluas porções cada vez mais maiores da humanidade e, finalmente, a própria humanidade? E será que é possível, sem se referir ao reino mortífero do valor abstrato e do trabalho abstrato, explicar o fato de os indivíduos terem se tornado absolutamente intercambiáveis – intercambialidade que constituiria a ligação entre utilitarismo e totalitarismo? Será que é possível, sem essa referência, compreender a *reductio ad unum* que faz com que, para o utilitarismo, todos os prazeres sejam comparáveis, e logo iguais, e não se distingam senão quantitativamente a ponto de o “prazer de escutar J.S Bach” não ser mais irredutível “ao ato de degustar um camembert”? (JAPPE, 2013 ; 153)

Essas questões parecem ainda se apresentar e se sobrepor às formas específicas de fenômenos como as relações entre aspectos diversos que circunscrevem a educação médica. É o que podemos perceber na tese de Geison Lira sobre currículo intitulada Epistemologia, Metodologia e Prática de um Modelo Cartográfico de Educação Médica. Nela o autor constatou que: “as investigações em curso são reducionistas quanto à interpretação do currículo como realidade, superficial quanto à abordagem teórica, e simplificadora quanto ao método.”.

O autor, tentando desenvolver um “modelo de avaliação curricular em saúde” para implementar um *currículo promotor de saúde*, a tese objetiva principalmente “desenvolver um modelo heurístico para avaliação de processos de implantação e mudança curricular em Educação Médica, capaz de aproximar-se à *complexidade do currículo médico como fenômeno educacional/educativo no tempo presente*”.

Dada a sua complexidade e a necessidade constante da problematização epistemológica da natureza do espaço médico, finalizamos o presente artigo com uma

passagem do livro de o *A Cidadela de Cronin* sobre o estatuto das epistemologias médicas e as doutrinas consagradas em seu meio.

A forma com a qual se catalogam os problemas e se doutrinam as soluções num horizonte que diz respeito a saúde e o bem-estar de toda uma população , parece ser um dos principais indícios da dificuldade em dissecar e intervir em debates dessa envergadura.

Em questões de medicina havia começado a pensar por sua própria conta. Talvez o principal responsável por isso fosse Denny, com o seu ponto de vista radicalmente destruidor. As teorias de Denny eram literalmente o oposto de tudo o que fora ensinado a Manson. E todas poderiam resumir-se no lema: “Eu não creio”. Moldado sob o padrão da escola de medicina, Manson tinha sempre encarado o futuro com a confiança bem encadernada dos compêndios. Adquirira leves tinturas de física, química e biologia – pelo menos tinha aprendido a dissecar e estudar as minhocas -, e depois disso lhe enfiaram dogmaticamente na cabeça as doutrinas consagradas. Conhecia todas as doenças, com seus sintomas catalogados e os remédios correspondentes. (CRONIN, 1976 ; 46).

Tendo em vista a natureza preliminar desse estudo julgamos necessário um acompanhamento e um levantamento mais qualitativo dos fatores, dados e aspectos que atravessam a questão dada a complexidade e o papel estratégico desempenhado e protagonizado pela questão médica e pela saúde pública, coletiva, integral, universal, equitativa, participativa e transparente em nosso país.

O outro momento se dá com Gabriel Velloso, estudante<sup>70</sup> da Universidade Estadual do Rio de Janeiro escreveu uma longa postagem no último 2 de Setembro em sua página do Facebook sobre as relações entre Rouseff, Temer e o que considera ser um golpe parlamentar.

O mundo tá de ponta-cabeça. As pessoas comemoram um impeachment que colocou na presidência do país um homem com ideias e atitudes tão retrógradas. Você não percebe? Não é uma questão de "chororô petista", de "vitimismo socialista" ou qualquer outro jargão clássico. Deu-se asas à cobra e foi com seu apoio. Não, Michel Temer não sairá de lá. Ele já veio com estabilidade política de brinde. Costurou suas alianças com as ferramentas que vocês tanto criticavam no PT: venda de cargos, interesses de empresas, troca-troca de partidos... Aprova quase tudo o que quiser no Congresso Nacional. E o que ele quer? Nossos direitos. Sim, insisto, foi golpe. Um golpe sobretudo moral. Tomou-se um frágil argumento legal que impediria certas operações financeiras - realizadas por todos os últimos presidentes e

---

<sup>70</sup> Ver Mustapha Khayati “Da Miséria no Meio Estudantil. Considerada nos seus aspectos econômico, político, sexual e especialmente intelectual e de alguns meios para a prevenir”. Libelo escrito por membros da Internacional Situacionista & estudantes da cidade de Estrasburgo no ano de 1966 e dado à estampa em língua portuguesa por Fenda, Edições, na cidade de Coimbra, ano de 1983.



ainda realizadas por muitos governadores. Fora esse argumento, não lhes restava nada, então buscou-se a inflamação popular (check) e as costuras políticas (check). As redes sociais denunciaram, a imprensa "esquerdopata" denunciou, a imprensa internacional denunciou (NYT, BBC, El País, Der Spiegel, The Guardian...). Contudo, você ainda insistia em um fanatismo patético de "EU SOU ANTIPT". Parabéns, após o impeachment os senadores decidiram pela manutenção dos direitos políticos de Dilma - uai, ela não tinha cometido um crime? Parabéns maior ainda, saiba que o frágil argumento legal se provou como tal mais ainda agora: menos de 48 horas após o impeachment, mudou-se a lei que tratava essas mesmas operações financeiras como contravenções para Temer poder mexer no seu dinheiro. Engraçado que você ainda está lendo e provavelmente ainda pensando, "mas o que importa é que aquela maldita saiu". Mesmo sabendo que, como se provou nos áudios Machado-Renan e Machado-Jucá, boa parte dos motivos para se tirar Dilma eram interromper o fluxo de investigações, permitindo que parlamentares envolvidos se mantivessem impunes. É, você não aprendeu. Espero que você seja mais esperto do que isso, que não ignore o fato de qualquer manifestação contra Dilma/PT ser tratada como se fosse procissão de gente santa, enquanto qualquer manifestação contra Temer é tratada a ferro, fogo e sangue. E, antes de jogar a culpa sobre os manifestantes, quero lhe dizer que já estive em muitas manifestações dessas e já vi cara-a-cara como a truculência policial se inicia espontaneamente quando as reivindicações não são politicamente favoráveis a quem está no comando das tropas. Agora, me resta resistir. Lutar pela manutenção dos direitos conquistados ao longo dos anos e lutar para que as mudanças ocorram em esferas mais próximas. Quero trabalho digno, quero saúde pública e gratuita, quero educação além da que eu posso comprar, quero poder me casar com mulher ou homem, não quero morrer de fome. Resta sobretudo lutar para que outras pessoas ainda tenham como lutar. Sempre acreditei que o mundo pudesse ser mais mundano, a justiça mais justa e as pessoas mais humanas. Hoje, mais do que nunca, acreditar nisso dói. Arranha. Arde. Fere. Machuca. Traumatiza. Tortura. Mata. Que a história irá, no futuro - espero que próximo -, condenar o que se passou, acredito com bastante força. Penso também como pensou Darcy, há um tempo: "detestaria estar no lugar de quem me venceu". Mas, sobretudo, não quero ter que passar pelos próximos capítulos sombrios deste país com você ainda se somando ao outro lado. Seja porque não quer corrupção. Seja porque não quer perder direitos. Seja porque não quer que o país continue assim. Quero você do meu lado. Em tempo: fora, Temer.

Sobre as Olimpíadas realizadas no Rio de Janeiro, a DENEM, através da Coordenação de Meio Ambiente. Segundo chamada de Maurício Petrolí, estudante de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da coordenação de Políticas de Saúde à página, em 11 de Dezembro de 2015, o grupo discute temáticas inscritas nas relações entre saúde e meio ambiente que são, segundo o grupo, esquecidas nos currículos das escolas médicas:

Pessoal, este é o grupo aberto da Coordenação de Meio Ambiente (COMA) da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). Trata-se de um espaço para debatermos sobre temas que revelam a interface entre saúde e meio ambiente, funcionando também como um canal aberto com a gestão. Temos tentado trazer diversos debates sobre saúde e meio ambiente, os quais, apesar de extremamente importantes, são esquecidos nos



currículos das escolas médicas. Daí a importância da criação e manutenção de espaços como este.

A Coordenação de Meio Ambiente da entidade se pronunciou em forma de clippings sobre os chamados Megaeventos no dia 14 de Agosto de 2016. Depois de uma análise social, cultural, política, econômica e ambiental da conjuntura olímpica tupiniquim disponibilizou uma série de links, artigos e matérias para informações dos interessados.

As Olimpíadas estão rolando e enquanto isso... O que acontece pra além da vila olímpica e dos estádios? O que os jogos significam em termos de sociedade? Quais os reais impactos dos megaeventos esportivos no Brasil? Saiu mais um clipping da DENEM e o tema da vez é megaeventos! Tem muita notícia e muito artigo pra gente começar a pensar sobre direito à cidade, acesso à cultura e ao esporte e direitos humanos. Vem ver! CLIPPING SOBRE MEGAEVENTOS O Brasil entrou no circuito do mercado esportivo em 2007, com os Jogos Pan-Americanos e, desde então, sediou dois outros grandes eventos: a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016, que acontecem neste momento na cidade do Rio de Janeiro. Mas por que o Brasil foi escolhido para sediar tantos eventos em tão pouco tempo? Os megaeventos esportivos podem ser entendidos como uma conjuntura material que mobiliza recursos humanos e agentes de campos sociais distintos (econômico, político, esportivo, cultural, midiático, etc) em torno do esporte, que se torna, então, o dinamizador do consumo numa escala global, rompendo com as fronteiras - físicas e culturais - de uma nação. Em outras palavras: os megaeventos são mais um motor para a expansão do capital. Nesse sentido, precisamos entender que a escolha do Comitê Olímpico Internacional (COI) pelo Brasil não se pautou na descentralização dos eventos esportivos (antes majoritariamente realizados na Europa Ocidental ou na América do Norte), mas sim na necessidade de fugir de uma Europa em crise com mercado reduzido. Quando o Rio de Janeiro foi escolhido como cidade-sede para as Olimpíadas de 2016, porém, não se imaginava que estaríamos vivendo esse período de recessão. A crise político-econômica brasileira é, atualmente, um enorme agravante das consequências desastrosas da instalação dos jogos no país. Muitas cidades-sede mostram-se extremamente satisfeitas em receber os megaeventos esportivos. Justificam essa satisfação com base nas melhorias que a rede de transportes e hoteleira irão receber. No entanto, pouco dizem sobre os impactos que essas reestruturações urbanas irão causar na vida da população, em especial da população pobre dessas cidades: segregação e descentralização, somados à precariedade na saúde, na educação e no acesso aos centros urbanos e à má gestão de recursos públicos para a construção de “elefantes brancos” -- e não para aplicação em políticas públicas efetivas --, tornam a realização desses jogos catastrófica. No Brasil, essa reestruturação traduziu-se na melhoria de lugares-chave para a atração de turistas e atletas (a Zona Sul do Rio de Janeiro, por exemplo) e na assepsia de locais que poderiam “manchar” a imagem da cidade-sede brasileira, como as favelas e assentamentos urbanos. Com a Copa em 2014 e as Olimpíadas agora, cerca de 170 000 pessoas foram removidas por conta das reformas promovidas pelo governo, com apoio de órgãos internacionais, como o próprio COI. Assim, os grandes ganhadores com a realização dos megaeventos são as empreiteiras e os proprietários de terras, mediante a valorização do patrimônio fundiário por meio da especulação imobiliária. Além disso, é necessário abordarmos o acesso ao esporte e à cultura. Muito foi dito sobre o legado esportivo-cultural das

Olimpíadas e dos outros eventos esportivos que a antecederam no Brasil, como se a realização dos jogos em território nacional fosse quebrar uma barreira social existente no esporte, garantindo o acesso de mais pessoas à prática esportiva e aos eventos em si como atividade cultural. De maneira nenhuma a localização dos jogos em lugares “estratégicos” se mostrou suficiente na garantia do direito à cidade e ao lazer. Ao contrário, os jogos segregaram ainda mais, afastaram ainda mais a população dos centros urbanos e não cumpriram um papel de socializar os objetos culturais produzidos pelos eventos em si. O acesso à cultura como um todo deve ser uma política pública de inserção já no ensino fundamental, visando a apropriação da cultura e da cidade por todos. As Olimpíadas, a Copa e mesmo o Pan não cumpriram outra função que não, justamente, a de desapropriação do espaço público e dos bens culturais comuns. Abaixo, disponibilizamos um clipping com notícias, artigos e vídeos sobre os megaeventos e suas repercussões para que possamos compreender qual o impacto de sua realização no Brasil nos dias de hoje.<sup>71</sup>

## 2.6 Biopolítica, vigilância e internet das coisas na Educação Médica Contemporânea.

Nesse tópico fundamentamos a discussão que associará a biopolítica, a sociedade do controle, a financeirização do Capital, a vigilância e a Internet das Coisas. Num primeiro momento, dialogamos com David Harvey<sup>72</sup>. É partindo dele que é desenhada uma análise crítica da financeirização do sistema capitalista associada às pesquisas médicas e as futuras bolhas especulativas.

---

<sup>71</sup> **OS LEGADOS DOS MEGAEVENTOS:** \_NOTÍCIA: Rio 2016 será a primeira Olimpíada sediada por país em recessão <http://www1.folha.uol.com.br/.../1765206-rio-2016-sera-a-prim...> \_ENTREVISTA: Quem vai pagar a Conta?, com o Professor Gilmar Mascarenhas da PPGEU/UERJ <http://www.agb.org.br/xvieng/index.php...> \_VÍDEO: Qual a função dos megaeventos? Programa Pensamento Crítico, do Instituto de Estudos Latino-Americanos, numa análise sobre as Olimpíadas Rio 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=o5fSBteuSUM&feature=youtu.be>. \_ARTIGOS: Os “legados” dos megaeventos esportivos no Brasil: algumas notas e reflexões <https://periodicos.ufsc.br/.../motri.../article/view/17115/15858>; O jogo das cidades em tempos de megaeventos esportivos: algumas reflexões <http://www.seer.ufrgs.br/.../Movimen.../article/view/42893/33344> - **DIREITO À CIDADE: MEGAEVENTOS PRA QUEM?** \_NOTÍCIAS: Rio 2016: Os Jogos da Exclusão <http://observatoriodasmegacidades.net/index.php...#> Desapropriados pela Copa ainda esperam indenização [http://www.bbc.com/.../.../140514\\_desapropriacoes\\_copa\\_recife\\_rm](http://www.bbc.com/.../.../140514_desapropriacoes_copa_recife_rm); Olimpíada e Copa trazem prejuízo social <http://www.estadao.com.br/.../geral,olimpiada-e-copa-trazem-p...> Rio 2016: do outro lado do muro olímpico <http://www.cartacapital.com.br/.../rio-2016-do-outro-lado-do-...>; **A INTERFERÊNCIA NO MEIO AMBIENTE:** \_NOTÍCIA: Rio descumpre todas as metas ambientais para a Olimpíada <http://temas.folha.uol.com.br/.../rio-descumpre-todas-as-meta...>; ARTIGO: O impacto dos megaeventos esportivos sobre os direitos à saúde e ao meio ambiente na cidade do Rio de Janeiro [http://www.scielo.org/.../v.../pt\\_0102-311X-csp-31-s1-0039.pdf](http://www.scielo.org/.../v.../pt_0102-311X-csp-31-s1-0039.pdf). **AS MOBILIZAÇÕES NO CONTEXTO DAS OLIMPIADAS** \_NOTÍCIAS: Protesto contra Rio-2016 tem manifestante detido, bombas e metrô fechado <http://olimpiadas.uol.com.br/.../manifestantes-protestam-cont...>; Olimpíadas: estado de exceção estabelece censura e outras violências <http://www.cartacapital.com.br/.../olimpiadas-estado-de-excec...>; Marcha dos Atletas denuncia violação do direito ao esporte no Rio de Janeiro <https://www.brasildefato.com.br/.../marcha-dos-atletas-denun.../>

<sup>72</sup> Ver HARVEY, David. **O Enigma do Capital e as Crises do Capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2001.

Num segundo momento, recortamos o diálogo da Antropologia Médica, com o biopoder, o essencialismo genético e o mundo bioindustrial abordados por Gilles Bibeau, Janice Graham, Usher Fresing<sup>73</sup> Didier Fassin<sup>74</sup>. Num terceiro momento, abordamos algumas matérias jornalísticas que - a nosso ver - simboliza indícios do cruzamento entre as análises de Harvey e a dos demais autores em um terreno que liga a Biopolítica<sup>75</sup> à Internet das Coisas<sup>76</sup>.

David Harvey situa a sua análise críticas acerca das crises do capitalismo pontuando as análises de Wiliam Harvey, a circulação do sangue no corpo humano<sup>77</sup>, as pesquisas médicas e os impactos no campo econômico e político. Afirma ele no preâmbulo de sua obra.

Meu homônimo do início do século XVII William Harvey ( assim como eu, nascido “Homem de Kent”) é em geral considerado a primeira pessoas a mostrar correta e sistematicamente como o sangue circula pelo corpo humano. Foi com essa base que a pesquisa médica passou a estabelecer como ataques cardíacos e outras doenças podem afetar seriamente, se não terminar, a força vital dentro do corpo humano. Quando o fluxo de sangue para, o corpo humano morre. Nossas compreensões médicas atuais são, naturalmente, muito mais sofisticadas do que Harvey poderia ter imaginado. No entanto, nosso conhecimento ainda repousa sobre as conclusões sólidas apresentadas por ele pela primeira vez. Na tentativa de lidar com os graves tremores no coração do corpo político, economistas, líderes empresariais e políticos, na ausência de qualquer concepção da natureza sistêmica do fluxo de capital, têm ou ressuscitado antigas práticas ou aplicado concepções pós-modernas. Por um lado, as instituições internacionais e ambulantes de crédito continuam a sugar, como sanguessugas, a maior quantidade que podem do sangue de todos os povos do mundo – independentemente de quão pobres sejam – por meio dos chamados programas de “ ajuste estrutural” e toda sorte de outros esquemas ( como a repentina duplicação das taxas de nossos cartões de crédito). Por outro lado, os presidentes dos bancos centrais inundam suas economias e inflam o corpo global político como excesso de liquidez na esperança de que as transfusões de emergência curem uma doença que exige diagnóstico e intervenções muito radicais. Neste livro tento restaurar algum entendimento sobre o que o fluxo do capital representa. Se conseguirmos alcançar uma compreensão melhor das perturbações e da destruição a

<sup>73</sup> Ver BIBEAU, Gilles. GRAHAM, E. FLEISING, Usher. **Biociências e Biotecnologia sob Vigilância Etnográfica: onde se situam os antropólogos médicos canadenses?** IN. Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Pp 39-69.

<sup>74</sup> Ver FASSIN, Didier. **O Sentido da Saúde: antropologia das políticas da vida.** IN. Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Pp 375-390. Ver ainda. ROSE, Nikolas. **A Política da Própria Vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI.** São Paulo: Paulus, 2013.

<sup>75</sup> Ver FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Biopolítica: curso dado no College de France. ( 1978-1979).** Ver ainda a reinvenção e intensificação do conceito de Biopolítica IN. AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder Soberano e a Vida Nua I.** Belo Horizonte: UFMG, 2010 e AGAMBEN, Giorgio. **O Reino e a Glória: uma Genealogia Teológica da Economia e do Governo.** São Paulo: Boitempo, 2012.

<sup>76</sup> Ver LEMOS, André. **A Comunicação das Coisas: Teoria Ator-Rede e Cibercultura.** São Paulo: AnnaBlume, 2013.

<sup>77</sup> Sobre a biopolítica dos fluxos sanguíneos, ver Negri , Antonio; Cocco , Giuseppe. **Global: biopoder e luta em uma América Latina globalizada.** São Paulo: Record, 2005. Ver ainda NEGRI, Antônio. **Biocapitalismo: entre Spinoza e a constituição política do presente.** São Paulo: Iluminuras, 2015.

que agora estamos todos expostos, poderemos começar a saber o que fazer. (HARVEY, 2011)

E onde exatamente David Harvey irá situar a Medicina e as pesquisas tecnológicas que envolvem o desenvolvimento dos saberes e poderes do campo médico nessa abordagem sistêmica e mundial? Segundo Harvey as pesquisas na área da genômica, da medicina e das tecnologias verdes puxarão a próxima bolha especulativa no sistema capitalismo, assim como a financeirização do mercado imobiliário teria sido a responsável pela última crise capitalista.

De onde, então, virá nossa próxima bolha especulativa estimulada pela inovação? A minha aposta atual é a engenharia biomédica e genética (nas quais as grandes organizações filantrópicas, fundadas por aqueles que, como Bill Gates e George Soros, substituíram parcialmente o Estado no financiamento da pesquisa, concentram suas atividades), junto com as chamadas tecnologias “verdes” (que, suspeito, são mais limitadas do que geralmente se imagina (HARVEY, 2011; 85)

E é associando a genômica, aos fluxos financeiros e a bioindústria que fazemos o diálogo com a antropologia médica e os desdobramentos inscritos na formação dos saberes e poderes médicos nas quais a formação dos estudantes de medicina se inscreve e são um de seus clientes e pacientes. A comercialização da vida humana é incrementada pelo determinismo genético e pelas ideias neoliberais e tecnocientíficos dominantes. O problema inscrito nessas abordagens é desconsiderar a desigualdade e a subordinação dos indivíduos nesse contexto de produção social de um consenso forçado sobre as premissas nas quais se ampara o “avanço científico” nas áreas médicas<sup>78</sup>.

Vejamos como isso se dá a partir da problematização das biociências e da biotecnologia a partir de um exercício etnográfico. Os autores canadenses dialogam, dentre outros autores, com Michel Foucault e Giorgio Agamben. Observam eles que:

Os antropólogos estão conscientes do fato de que a nova ordem mundial baseia-se especialmente na hegemonia, no poder, nas diferenças de classe e de gênero, na concentração do capital, na troca desigual e sob vigilância cerrada da sociedade pelo viés das novas tecnologias. As noções antropológicas de biopolítica e de biopoder salientam que as biotecnologias usam constantemente a hegemonia, a desigualdade e a subordinação para

---

<sup>78</sup> Ver, por exemplo, o conceito de “Cidadania Biológica” desenvolvido por Adriana Petryna a propósito dos sobreviventes ao acidente nuclear ocorrido na usina de Chernobyl. O outro conceito é o de “Biossociabilidade” proposto por Paul Rabinow a propósito do Programa Genoma Humano. Eles se inscrevem, no dizer de Didier Fassin em distintas formas de vida e numa enorme complexidade inscrita nas lógicas em ação. “A ameaça que pesa sobre a vida física se torna sua razão política de viver” (FASSIN: 2012: 384). Ver ainda, FERLA, Luis. **Feios, Sujos e Malvados sob Medida**: a utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945). São Paulo: Alameda, 2009.

criar consenso social a fim de controlar os indivíduos e as coletividades. As biotecnologias seduzem por seus discursos fantasiosos e inverossímeis, como o da utopia da imortalidade e o da tendência triunfalista que pretende erradicar a doença e suas raízes. A retórica das empresas biotecnológicas sugere estratégias para disciplinar os corpos e os espíritos, muitas vezes às custas da equidade, do consentimento informado e do livre acesso à informação. Todavia, é interessante observar que as organizações da sociedade civil exigem cada vez mais poder e controle ativos para estabelecer a transparência e a responsabilidade pública diante das estratégias emergentes formuladas pelos tecnocientistas e pelos proprietários das companhias biotecnológicas. Os antropólogos observaram, com razão, que nosso mundo se tornou mais incômodo, evasivo e controlado, especialmente com a confusão de novas formas de globalização, de modernização e de biotecnização em nossa era pós-industrial. (BIBEAU, GRAHAM e FLEISING, 2012 ; 43)

Em seguida, noutro artigo, Didier Fassin dialoga com Georges Canguilhem, dentre outros autores. Nesse diálogo, o antropólogo com formação em medicina nos abre o leque de leituras em que as análises antropológicas da saúde podem se dar. Preparando o terreno para discutir a construção social e cultural do saturnismo infantil que permitiu observar analiticamente a sua explosiva incidência nas crianças oriundas de famílias africanas que moravam em habitações precárias e suburbanas na França, nos diz o antropólogo médico.

Mas as coisas são tão simples assim? Contra o senso comum, a antropologia política propõe uma dupla grade de leitura. A primeira é construtivista; ela mostra que o que chamamos de saúde é também o resultado do esforço individual e coletivo dos agentes por meio de modelos e imagens, à custa de conflitos e controvérsias, mobilizando alianças e desenvolvendo estratégias. A segunda é realista; ela analisa como os supostos fatos da natureza são também produto de estruturas e agenciamentos, de modos de diferenciação e de processos de desigualdade, da ação pública e das iniciativas privadas que têm como efeito prevenir ou acelerar a usura e o sofrimento. A saúde é, portanto, ao mesmo tempo um constructo social, no sentido em que os agentes sintetizam a linguagem da doença, e uma produção da sociedade, no sentido em que a ordem do mundo se inscreve nos corpos. Podemos, então, de um lado, falar de sanitização do social e, de outro, de politização da saúde (Fassin, 1998). Os dois movimentos operam de modo dialético<sup>79</sup>. Esse ponto é essencial. (FASSIN, 2012 ; 376)

Expostas as passagens dos autores vejamos agora três matérias jornalísticas<sup>80</sup> que mostram o contexto no qual as relações entre os fatores levantados e supracitados se coadunam com a biopolítica. Elas se amalgamam na ideia da “*vigilância cerrada da sociedade pelo viés das novas tecnologias*” alfabetizada num

---

<sup>79</sup> Maurizio Lazzarato seguindo uma inspiração tardiana faz a seguinte observação crítica à dialética de Hegel. “(...) a crítica que Tarde faz Hegel : é preciso “despolarizar” a dialética por meio da noção de multiplicidade” (LAZZARATO: 2004: 63)

<sup>80</sup> Ver TABAKMAN, Roxana. **A Saúde na Mídia: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos**. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

cenário desigual e hierárquico. Nele, os corpos são disciplinados e controlados sob a intensa atividade das relações de poder, de produção e de gênero. Em outras palavras, “A retórica das empresas biotecnológicas sugere estratégias para disciplinar os corpos e os espíritos, muitas vezes às custas da equidade, do consentimento informado e do livre acesso à informação.”

A primeira delas se chama *Internet Of Things: Banks Are Using Biometrics to Detect Scammers*<sup>81</sup>. A segunda matéria se intitula *Arquivo Snowden: NSA estudava usar dispositivos médicos, como marca-passos, para vigiar pessoas*<sup>82</sup>. A terceira e última matéria possui o seguinte título *EUA espionam Ongs médicas e órgãos de saúde por todo o mundo*.<sup>83</sup> De todas elas, uma de suas passagens nos servirá para ilustrarmos o que vimos discutindo. E essa ilustração provém do último artigo há pouco elencado. Jenna McLaughlin publicou o artigo *Eua espionam Ongs médicas e órgãos de saúde por todo o mundo* em 12 de Agosto de 2016. A passagem articula a financeirização dos fluxos de informação e de capital a uma visão reducionista, característica e dominante das empresas genômicas que tendem a supervalorizar os aspectos genéticos em detrimento de todos os demais aspectos ligados aos problemas da saúde. Ou seja, por um lado ela fragmenta as abordagens bio-psico-sociais do ser humano, priorizando e supervalorizando o essencialismo genético. No caso da matéria, esse essencialismo vestiu uma roupagem cardiovascular, ilustrado sob o regime do monitoramento e contrabando de informações surrupiadas dos marcapassos, outros dispositivos médicos e organização não-governamentais ligadas à Medicina. Utilizados por cidadãos completamente desavisados desse expediente. O fato de algumas sociedades civis e pacientes tentarem acionar de forma acrítica esses expedientes só reforça a confusão nebulosa em que as relações entre a saúde humana, o complexo industrial da saúde, os fluxos financeiros, a bioindústria, a engenharia biomédica e as abordagens científicas que priorizam os aspectos neurogenéticos dos seres humanos em detrimento dos aspectos sociais, culturais, políticos, históricos, econômicos e ambientais.

---

<sup>81</sup> Ver <http://fortune.com/2016/03/22/biometric-sensors-banks/>. Matéria de Jeff John Roberts publicada em 22 de Março de 2016.

<sup>82</sup> Ver <https://www.linkedin.com/pulse/arquivo-snowden-nsa-estudava-usar-dispositivo-m%C3%A9dicos-heros-de-moraes>. Matéria de Jenna McLaughlin publicada em 12 de Agosto de 2016. .

<sup>83</sup> Ver <https://theintercept.com/2016/08/12/eua-espionam-ongs-medicas-e-orgaos-de-saude-por-todo-o-mundo/>.



Indo ainda mais diretamente ao ponto, ocorre uma ilusória reviravolta aqui. À primeira vista a exploração, a circulação e o monitoramento dos fluxos de informações sobre a saúde e a medicina apontam para uma sofisticação e mesmo para uma ruptura das fronteiras ontológicas das relações entre a natureza e a cultura. No entanto, ela termina por recair nas malhas da vigilância e num imaginário geopolítico que aponta para a sondagem e a espionagem da vida civil das pessoas. Nesse sentido, essa abordagem não sugere a promoção e a emancipação da vida e da saúde das pessoas, mas. Sobretudo, confundir e diluir a saúde das pessoas aos aspectos mais medonhos da segurança e da liberdade. É então sobre o signo e o paradigma da repressão que se pauta o avanço e a sofisticação dos mecanismos de controle e disciplinamento dos corpos.<sup>84</sup>

Como parte de um esforço contínuo na “exploração de informações sobre medicina”, a NSA (Agência de Segurança Nacional dos EUA) se juntou à DIA (Agência de Inteligência de Defesa) para extrair “informações médicas” das comunicações interceptadas de grupos sem fins lucrativos a partir no começo dos anos 2000, conforme comprova este documento confidencial. As informações médicas interceptadas podem incluir dados sobre epidemias, capacidade de governos estrangeiros responderem a armas químicas, biológicas e nucleares, recursos controlados por empresas do setor farmacêutico, avanços tecnológicos na medicina, além de pesquisas médicas e capacidade de resposta médica de diversos governos, de acordo com esse e outros documentos semelhantes vazados pelo ex-funcionário da NSA, Edward Snowden. Os documentos mostram que esse tipo de informação é usado para proteger as forças militares americanas, avaliar o nível de preparação de exércitos de outros países, criar oportunidades para que diplomatas ganhem credibilidade, descobrir programas de armas químicas, identificar instalações de armas biológicas e estudar a propagação de doenças. A existência e a amplitude da coleta de informações médicas pelo governo americano já havia sido revelada – assim como um de seus usos mais nefastos, em que o fluxo de suprimentos médicos seria utilizado para localizar um indivíduo específico. Mas um artigo confidencial publicado em Novembro de 2003 em um boletim interno da NSA, SIDtoday, e agora revelado por *The Intercept*, explica em detalhes o nascimento da colaboração entre a agência e o NCM (Centro Nacional de Inteligência Médica) da DIA, conhecido à época como Centro de Inteligência Médica das Forças Armadas. (O artigo está sendo publicado juntamente com outros 262 documentos pelo *The Intercept* hoje... (...)) O esforço conjunto para explorar as “informações médicas interceptadas” ganhou notoriedade 13 anos mais tarde, à medida que dispositivos médicos e monitores corporais se integram cada vez mais à internet, ampliando as possibilidades de expandir o uso de informações coletadas além das epidemias e armas biológicas, para formas de vigilância mais específicas. O diretor assistente da NSA, Richard Ledgett, disse em Junho que a agência de espionagem estava “estudando (...) teoricamente” a possibilidade de usar dispositivos médicos, como marca-passos, para vigiar pessoas, mesmo tendo admitido haver formas mais fáceis de espioná-las. A NSA não fez comentários a respeito da colaboração. Falando em nome da DIA, o gabinete do diretor da Inteligência Nacional não quis responder a

---

<sup>84</sup> Ver FOUCAULT, Michel. **O Corpo Utópico, as Heteropias**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

perguntas específicas sobre a parceria e escreveu por meio de um porta-voz que “desde as projeções e o rastreamento de epidemias infecciosas até a avaliação de ameaças internacionais à saúde, a inteligência médica é fundamental para proteção de nossas forças militares de diversos tipos de ameaças por todo o mundo”. (...) Um dos exemplos mais proeminentes da espionagem com foco médico veio em 2010, quando a agência elaborou um plano para enviar dispositivos de rastreamento clandestinamente em suprimentos médicos destinados a Osama bin Laden, que se encontrava doente, visando localizar o líder terrorista, conforme descrevem os documentos fornecidos por Snowden e publicados pelo *The Intercept* no ano passado. Não ficou claro se o plano foi executado. No entanto, de acordo com o Dr. Jonathan D. Clemente, médico e pesquisador da Carolina do Norte que escreveu um relatório sobre inteligência médica para o *The Intelligencer*, jornal publicado pela Associação de Ex-oficiais do Serviço de Inteligência dos EUA, as forças armadas norte-americanas vêm coletando inteligência em medicina, saúde e desenvolvimento na área de biologia desde a Segunda Guerra Mundial. Durante a guerra, o cirurgião general do exército começou a disseminar informações sobre a saúde pública de vários países para comandantes e cirurgiões militares antes dos combates. À medida que a guerra se aproximava de seus estágios finais, os aliados começaram a apreender remédios e equipamentos médicos de adversários para uso próprio e a espionar os alemães para obter informações sobre possíveis planos para uso de armas químicas. Os programas de inteligência médica foram extintos e apenas reinstituídos pela CIA por volta de 1947, cumprindo um papel importante para os serviços de inteligência no Bloco Comunista e durante a Guerra da Coreia. Após diversas mudanças em cargos e gerência, a unidade de inteligência médica foi transferida permanentemente para a Agência de Inteligência de Defesa, em 1992, e recebeu a responsabilidade da “preparação de análises e projeções sobre sistemas médicos estrangeiros civis e militares, doenças infecciosas e riscos ambientais para a saúde, bem como pesquisas biomédicas”, de acordo com Clemente. A atenção a doenças infecciosas resistentes a medicamentos só foi intensificada após os ataques de 11 de setembro, que reforçaram a necessidade de analistas de inteligência médica para monitorar as tentativas de inimigos de usarem ferramentas biológicas, como o *anthrax*, como armas de guerra. Outros parceiros conhecidos da agência, agora denominada Centro Nacional de Inteligência Médica, incluem a Agência Nacional de Inteligência Geoespacial e o Departamento de Agricultura.

## **2.7 Os pressupostos sociais, políticos, culturais e educacionais da sociologia e da educação médica**

Os pressupostos sociais, políticos, culturais e educacionais da sociologia e da educação médica são tematizados em seguida no sentido de alinhar as premissas dos argumentos utilizados na formação ética, humanista, crítica e voltada às demandas, interesses e necessidades da sociedade <sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Tematizaremos aqui os clássicos “universais” do campo. Não abordaremos, por exemplo, os pioneiros estudos de Friedrich Engels sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra ou o de Evans Pritchard sobre os Azande. O clássico da antropologia da saúde brasileira de Luiz Fernando Dias Duarte intitulado “Da Vida Nervosa nas Classes trabalhadoras” publicado em 1986 e a tese de Sergio Arouca de 1975 intitulada “O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva” em que o autor mescla um esquema conceitual foucaultiano e marxista, também serão deixados de fora por



Os estudos clássicos sobre a socialização profissional em medicina são os de Robert Merton, Howard Becker, Eliot Freidson e Anselm Strauss. Vamos nos deter nos dois primeiros visto que ambos focaram mais detidamente os estudantes de medicina.

Robert Merton segue os passos trilhados por Talcott Parsons e desenvolve uma abordagem estrutural funcionalista enquanto Becker dirige a sua investigação a partir da perspectiva do interacionismo simbólico.<sup>86</sup> A utilização desses dois tipos de abordagem no estudo da socialização possibilita ao estudioso do tema não apenas um melhor discernimento das diferenças entre as duas correntes, como, do nosso ponto de vista contribuir para o conhecimento de análises indispensáveis ao campo da socialização do estudante de medicina. Como foi dito por LIGHT *apud* REGO (2003)

É “notável que tantos de nós tenhamos passado mais de vinte anos debatendo quando os estudantes de medicina são “boys in White” ou “student-physicians”.<sup>87</sup>

---

conta da organização da exposição e o fins da discussão desse tópico. Ver a entrevista concedida por Antônio Sergio da Silva Arouca e Hésio de Albuquerque Cordeiro intitulada “ **Reforma Sanitária: saúde para todos**” na Revista Humanidades. Ano IV. 1987/1988. Uma publicação trimestral da Editora Universidade de Brasília. A entrevista se dá num momento histórico. Ela ocorre entre a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e a Constituição de 1988. Na época, Arouca era presidente da Fundação Oswaldo Cruz ( FIOCRUZ) e Secretário de Saúde do Rio de Janeiro. Hésio Cordeiro, por seu turno, era presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ( INAMPS). Sobre as condições sociais, políticas e jurídicas nas quais se encontrava o Brasil no período pós-constituente, ver FARIA, José Eduardo. **O Brasil Pós-Constituente**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. Ver ainda TELES, Edson. SAFATLE, Vladimir. (org) **O Que Resta da Ditadura: a Exceção Brasileira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

<sup>86</sup> Ver sobre as questões metodológicas que envolvem as escolas sociológicas, dentre elas, o estrutural funcionalismo e o interacionismo simbólico, ver HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. Sobre as diversas escolas da sociologia em perspectiva histórica, ver GIDDENS, Anthony (org) **Teoria Social Hoje**. São Paulo: UNESP, 1999. Sobre as relações entre Talcott Parsons e a sociologia americana, ver ROCHER, Guy. **Talcott Parsons e a Sociologia Americana**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. Uma outra carona acadêmica para ativar o funcionalismo estrutural de Parsons pode ser vislumbrado na teoria dos sistemas de Niklas Luhmann. O autor parte de uma repetitiva e gasta premissa paradigmática para abordar a obra parsoniana e a sua própria aposta teórica. “ A sociologia se encontra em uma crise de caráter teórico” (LUHMANN: 2010, 35). Ver LUHMANN, Niklas. **Introdução à Teoria dos Sistemas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. Dois estudos sociológicos clássicos no Brasil enveredam pelo campo da saúde. O de Gilberto Freyre, mais próximo de uma linhagem norte-americana, e o de Roger Bastide, mais afeito a uma tradição e influência francesa. Ver FREYRE, Gilberto. **Médicos, Doentes e Contextos Sociais**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Globo, 1983 e BASTIDE, Roger. **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo: Editora Nacional, 1967.

<sup>87</sup> Referência aos trabalhos “The Student Physician”, de Robert King Merton (1910 – 2003), e “Boys in White”, de Howard Saul Becker ( 1928 - ). Sobre a contextualização histórica e sociológica do estudo de Becker segundo no escopo das pesquisas qualitativas no campo da sociologia da saúde e da sociologia médica, ver. NUNES, Everardo Duarte; BARROS, Nelson Filice de. *Boys in White: a classic of qualitative research turns 50*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014. Uma menção sobre a “sociologia médica” feita por Norbert Elias no seu livro *A olidão dos*

Uma primeira questão que deve ser explicitada, segundo essas correntes, é a de que os estudantes estão imbuídos de um objetivo e uma meta específica ao cursarem a faculdade: tornarem-se médicos. Uma grande motivação social, cultural, política, econômica e psicológica adorna e emoldura o desejo de aprender os conteúdos específicos que possibilitem a atuação profissional e a construção de uma identidade profissional, o que implicará portar-se como médico, agir como médico, falar como médico. Tal motivação também influirá na percepção e na identificação com modelos e antimodelos pessoais, acadêmicos e profissionais daquele professor ou médico que inspira e representa um ideal do estudante como latente e futuro profissional médico. Esse sonho de consumo institucional também rechaça o seu posto, o pesadelo, aquelas pessoas, práticas e saberes que sinalizariam a antítese de seus ideais profissionais.

Segundo o receituário da abordagem funcionalista, as escolas de medicina são definidas a partir de duas funções principais e esquemáticas: transmitir um conhecimento especializado e transmitir valores e normas que constituem o conjunto de informações padronizadas e hábeis ao exercício profissional socialmente legitimado. O estudante de medicina é considerado, nessa linha teórica, um estudante-médico, enfatizando-se assim o aspecto diretamente relacionado ao universo social em que o estudante está sendo treinado e cumprido os ritos para ser aceito (REGO, 2003)

Por seu turno, na perspectiva interacionista simbólica<sup>88</sup>, o estudante é menos um aprendiz da profissão médica e mais um membro de um grupo dominado na

---

*moribundos seguido de envelhecer e morrer* emergirá quando discutirmos um curso de atenção multiprofissional ao idoso que contou com a participação da Liga de Geriatria da UFC.

<sup>88</sup> Algumas observações mais soltas de Nava em relação aos seus amigos também pode funcionar nos termos do interacionismo simbólico, Todas elas extraídas do seu *Chão de Ferro*, volume em que Nava retrata o seu vestibular e o seu ingresso na faculdade de medicina. “Já sabíamos que as outras pessoas existem como personalidade em função do que somos. Se passamos por mudanças lentas ou bruscas percebemos, *ipso facto*, novas maneiras do ser de nossos amigos. (NAVA, : 1976; 229). Ou ainda identificando debates e personagens milenares da história da medicina que são atualizados em fatos e contendas atuais à época de Nava. “ As opiniões médicas dividiam-se. Uns queriam os sais básicos e achavam os neutros inoperantes. Era Hipócrates dizendo sim. A metade preferia os sais neutros e tratava de homicidas os colegas que prescreviam os básicos. Galeno dizendo não. (NAVA, 1976; 202). Pedro Nava retrata ainda no *Chão de Ferro* de uma reforma do ensino médico e da Medicina no Brasil a partir da geração de um professor. “ A turma de Marques Lisboa presenciou um profundo movimento de renovação de ideias no nosso ensino médico e na nossa medicina. Assistiu ao desvanecer de seu aspecto puramente acadêmico e oratório e ao configurar de sua fisionomia científica e experimental. “ (NAVA, 1976: 324). Sobre a “biologia recheada de princípios positivistas” desbancada por Lafayette Rodrigues Pereira seu professor de História Natural no Pedro II e que também marcou Nava e seu interesse por assuntos que o levariam à Medicina (p.236) Nessa passagem podemos perceber a influência do professor sobre o aluno Ainda : ‘Dentro do nosso ensino vagamente antiquado e cheio de preconceitos quase escolásticos, as aulas do Lafayette foram como a abertura de largas janelas aos ventos da natureza e do mundo, tudo junto, num largo sopro de vida orgânica (NAVA, 1976; 239). Abel Parente é novamente

faculdade de medicina. Esse grupo organizaria estratégias coletivas de sobrevivência institucional com o fim de obter êxito acadêmico e profissional ao fim dos estudos através de suas artimanhas e argúcias acadêmicas.

Questões como as funções latentes e as funções manifestas, o desejo, as afinidades e o desinteresse por determinadas matérias em detrimento de outras, as relações entre prática e teoria, os comportamentos “desviantes”, o treinamento para as incertezas diante do enorme, crescente e especializado corpo de conhecimentos, conceitos, fatos, casos, habilidades e técnicas médicas, o idealismo nos anos iniciais do curso, o cinismo gradual e a preocupação desinteressada pelos pacientes à medida que o estudante vai percorrendo as graduais etapas medicinais e o caráter conservador das corporações médicas atravessam os desdobramentos e preenchem o vocabulário clássico dos estudos sociológicos na área<sup>89</sup>.

---

mencionado, agora a partir da residência onde morara (p.265). O autor, noutra quebra de paradigma diz ainda que a faculdade “Logo desmanchou a noção simplista de “célula” do nosso curso secundário: só membrana, protoplasma, núcleo, nucléolo. Nada disto. Mostrou-nos essa unidade biológica como novo ponto de investigações tão complexo como os organismos, as constelações, todo o macrocosmo, as galáxias, o universo inteiro. Seus cheios e vácuos. Era elemento nobre. Era vivo. Portanto tinha funções vitais e essas se processavam por alterações elétricas, diluições, compactações, ajustes, equilíbrios de tensão que improvisavam verdadeiros organúnculos efêmeros. Oxidava. Queimava. Anabolia e catabolia. Continha essa eternidade que nele durava um instante para retomar outro, outro e assim seguir pelos caminhos do Tempo, de mitose em mitose, cariocinese em cariocinese. Pena seu curso de Citologia ter durado pouco e ser passado a outro professor por ter o nosso *Carleto* reembarcado para os Estados Unidos. Mas revê-lo-íamos de sobra noutros dois períodos didáticos. No segundo ano, em Histologia, e no quarto, na Anatomia Patológica” (NAVA, 1976; 321)

Nos exames de admissão à Faculdade de Medicina, Nava diz “Paguei choradamente o preço da inscrição” (NAVA, 1976; 281) mostrando a sua realidade e dificuldade sócio-econômica. Sobre a humilhação suprema e a destruição de seu único terno voltando a lembrar as suas dificuldades financeiras. Com essa citação podemos ver que matérias tais como “As veias abertas da faculdade de medicina da USP” que retratam a violência em trotes e calouradas de medicina e que vemos logo, daqui em diante, possuem um lastro histórico. “Era a eterna estupidez do trote (...). Humilhação suprema (...) Cheguei em casa todo dolorido dos encontrões e dos trancos chorando não de dor mas chorando por causa do meu único terno decente, logo entregue a minha mãe. Felizmente não estava rasgado. Secou ao sol. Foi escovado, reescovado, raspado da cal, da lama, batido da farinha de trigo. A noite já estava apresentável, já passado, calça vincada e sem vestígio das injúrias que suportara. Fique em casa o dia todo, triste, triste. (NAVA, 1976 :317)

<sup>89</sup> Ao longo do Beira-Mar, quarto volume de sua obra de memórias, Pedro Nava narra inúmeras outras atividades, saberes e poderes que se inscrevem na vida de estudante de medicina e que podem ser alvo de investigações em pesquisas sobre o tema. Sobre as zonas prostibulares (p. 54), furtos de livros em livrarias como a Alves (p. 97), do Absinto, o “néctar satânico” (p.98), sobre a marcha lenta da Medicina em 1904 e os livros que ainda conservavam a atualidade de alguns assuntos 19 anos depois (p. 146), sobre a reprovação no exame de Química tendo como ponto o cálculo estequiométrico e a mesma pergunta sobre a Urotropina, no exame seguinte, em que Nava, dessa vez, fora aprovado (p.126), sobre a rotina de estudos (p.143), sobre o hábitos dos estudantes de medicina levarem o curso na flauta até as férias da metade do primeiro ano do curso (p.16), sobre o quarto ano de medicina (p.236), sobre as cadeiras do quinto ano de medicina- em que Nava afirma ser o momento na vida do estudante em está consumado o casamento com a Medicina e a futura profissão de médico (p. 297 - 300), sobre a vida de estudante no internato voluntário (p.329), sobre o autodidatismo no terreno médico (p.330), sobre o ano

---

em que Nava era doutorando no curso de Medicina, 1927 (p.377) , sobre os seus s professores no seu sexto e último ano de formação no curso (p.381), sobre a Viagem aos Estados Unidos e a tardia revisão cultural da sua influência médica europeia em 1967 (p.388), sobre sua vida como estudante desempregado (p.386), sobre a movimentação social, política, cultural e jurídica da criação da Universidade de Minas Gerais, a ida e a recepção dos estudantes no Executivo Mineiro tendo Pedro Nava como orador nessa ocasião (p.388). Nava comenta ainda o furor, a paixão e a revolta causado no meio estudantil pelo assassinato judiciário de Nicola Sacco e Bartolomeu Vanzetti presos em 1920 e executados em 1927, que o fizeram ter repugnância pela pena de morte (p.387). Sobre exames e sua preparação assistiu durante o 53 Congresso Brasileiro de Educação Médica no Rio de Janeiro ocorrido entre 7 e 10 de Novembro de 2015 a uma apresentação de um grupo de samba de estudantes da UERJ cuja melodia e letra versavam sobre o ritual de estudo e preparação para um exame e prova na faculdade. A apresentação foi realizada no Centro de Referência da Música Carioca Artur da Távola durante a programação cultural do evento. Também um curioso caso em que Nava atuou como médico sendo ainda um estudante foi narrado (p.361) Continuando. Nava relata sua dificuldade entre dividir a faculdade e trabalhar como funcionário público, emprego sem o qual não conseguiria se sustentar e seguir seus estudos (p.45) Pedro Nava relata ainda a história da luta dos estudantes no *Caso Sabina*, uma vendedora ambulante que atuava próximo a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e que foi alvo de perseguição da diretoria da faculdade e da polícia (p.44), também presente no Anexo 2 da obra e já mencionado no seu primeiro volume de memórias, o Baú dos Ossos. “Sou a Sabina”. Sobre o episódio diz ele alertando para uma prática discriminatória sistemática: “ Como conciliar esses inconciliáveis? Só tenho uma explicação. Houve a primeira Sabina e seu incidente em 1889. Desaparecida essa negra de tabuleiro, suas laranjas teriam sido substituídas pelas de outra vendedora ambulante, também preta e também designada *Sabina* – pelo mesmo mecanismo que levou o lorde da anedota, cujo primeiro criado de quarto fora Williams, a chamar de *Williams* os subsequentes . Assim eternizada pelos tabuleiros e pelas laranjas, as *sabinas* ter-se-iam sucedido numa porta de faculdade, onde seriam sempre motivo para brutalidades da Polícia e reações dos estudantes. A mim – memorialista, cuja condição é ter um pé na história e outro na ficção – basta esta interpretação que eterniza as sabinas e torna arbitrárias as datas de sua inserção no Tempo” (NAVA, 1979 : 406). Dentre as diversas atividades informais e ambulantes que atualmente ocorrem ao redor da Faculdade de Medicina na UFC, destacaremos mais adiante a de um consertador de *estetoscópios* cuja atividade já foi objeto de uma contenda entre a faculdade e a prefeitura de Fortaleza. Nava alude ainda a atividade e a importância da Revista *Radium*, onde estreou, dentre outros, Carlos Drummond de Andrade. A revista era produzida pelo Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e é vista pelo autor como o principal documento histórico da faculdade de medicina de Belo Horizonte e a melhor revista acadêmica que até então se tinha publicado no Brasil em sua época. Compunha a revista flagrantes fotográficos de pessoas, casas e ruas “ que não existem mais”, desenhos, ensaios médicos, observações clínicas, biografias, notícias sobre os governos Bernardes e Raul Soares , alguns fatos marcantes da história da faculdade como o risco da planta da velha sede demolida depois, retratos de todos os membros da congregação. Além disso, a revista continha: colheita de versos, música, artes plásticas, literatura e poesia naquele ambiente que se situava entre o pré-modernismo e o modernismo. Lembramos aqui que Nava era sobrinho e muito chegado a Antônio Salles (a quem ele muito se referiu ao longo das suas memórias e a quem Nava reconhece a influência na sua educação e formação humanística), um dos criadores da Padaria Espiritual no Ceará, movimento ao qual se atribui um certo pioneirismo estético frente aquelas inovações disparadas numa movimentação histórica que elege o seu marco simbólico como a partir da semana de 1922. Nava afirma que a revista é consulta obrigatória para quem quer que queira escrever sobre a história da sua faculdade, seus professores, hábitos, roupas da época, etc. Sobre o uso das roupas, o autor faz uma interessante observação no seu Chão de Ferro sobre o hábito dos estudante de medicina de Belo Horizonte andarem em público com “ roupas profissionais” e que segundo Nava foi um hábito reiniciado pelos estudantes de sua época, na segunda e terceira época do século 20 e que teria se irradiado pelo país. “(...) além dos estudantes das *repúblicas* da vizinhança da escola que já saíam de casa para a Faculdade ou para os Hospitais, de avental branco e gorro de médico – que em Belo Horizonte não era redondo como se vê nos retratos de médicos europeus e como era usado no Rio de no resto do Brasil. Os nossos lembravam mais um bibi de soldado ou de fuzileiro naval e tinham duas pontas uma na frente outra para trás. Essa balda hoje se generalizando, nas grandes cidades, do médico andar na rua com suas vestes profissionais, sendo uma retomada do costume secular do uso em público de roupas talares, é hábito reiniciado pelos estudantes de Belo Horizonte na segunda e terceira décadas do século” (NAVA, 1976: 330). ver TARDE, Gabriel. **As Leis da Imitação**. Porto: Rês Editora, 1980.

Acompanhemos o relato de alguns desses clássicos em relação as suas experiências de campo. Howard Becker descreve magistralmente a forma, o procedimento, as impressões, as constatações, os embaraços, as hesitações, as desorientações, a construção e a formulação de hipóteses, a difusão e a confusão de percepções no campo de pesquisa, a relação com os sujeitos da pesquisa, os motivos pelas quais segue uma orientação frente a outras correntes sociológicas e a relação que se estabelece com uma pergunta de pesquisa. E nessa descrição, Becker opera um síntese clara do sociólogo que exercita o interacionismo simbólico. O assunto é, assim como o dessa pesquisa que ora vos fala, os estudantes de medicina e o ensino médico.

No outono de 1955, mudei-me para Kansas City a fim de iniciar um trabalho de campo na Escola de Medicina da Universidade do Kansas, como parte do estudo sobre educação médica que mencionei antes<sup>90</sup>. Quando apareci na escola naquele outono, sabia que devia pesquisar estudantes de medicina e educação médica; mas, para dizer a verdade, tinha muito pouca ideia do que iria fazer além de “andar por ali com estudantes”, assistir às aulas e o que mais se apresentasse. Sabia menos ainda qual era o nosso “problema”, o que especificamente iríamos investigar. Cientistas sociais haviam construído um campo chamado “socialização” na interseção da sociologia e da psicologia social, e Robert Merton<sup>91</sup> e colaboradores haviam investigado a socialização

---

A revista existiu durante seis números, de Setembro de 1920 a Outubro de 1923. “Na capital de Minas fundou a revista “Radium” um dos mais preciosos documentos históricos sobre nossa faculdade (...) Há que se destacar uma produção pré-modernista de Carlos Drummond de Andrade que está no número 3, Julho de 1921 e outra de ataque ao Modernismo assinada por *Alter Marius* (...). Mais abundante que a prosa é a colheita de versos. Contamos com a colaboração nada menos que de cinquenta e três poetas da cidade, do resto de Minas, do Rio e São Paulo (...). Por motivos que desconheço, desapareceu em fins de 1923. Só em agosto de 1926 surgiu outro órgão oficial do nosso Centro Acadêmico. Chamou-se *Medicina*. Foi organizado por Rafael de Paula Souza e por mim, dentro de um espírito mais oposicionista e contestatório que *Radium*. Nasceu e morreu no número 1 do Ano I” (NAVA: 1979 ; 153- 4). Sobre uma problematização do modernismo, ver PRADO, Antônio Arnoni. **Itinerário de uma falsa vanguarda**: os dissidentes, a Semana de 22 e o Integralismo. São Paulo: ed. 34, 2010.

<sup>90</sup> Becker se refere ao estudo que desenvolveu colaborativamente em parceria com outros autores chamado “*Boys in White: Student Culture in Medical School*” Os outros autores da obra são Blanche Geer, Everett C Hughes, Anselm Strauss, e claro, Howard Saul Becker. A descrição que segue está no capítulo “Lógica”, o quinto dessa sua obra que estamos acionando Ver BECKER, Howard. **Segredos e truques da Pesquisa**. São Paulo: Zahar, 2007.

<sup>91</sup> Becker se refere ao estudo *The Student-Physician Introductory Studies in the Sociology of Medical Education* encampado por Robert King Merton, George G. Reader e Patrícia Kendall. Da parte da obra de Merton a que tivemos acesso, está o seu Ensaio de Sociologia da Ciência. Merton cita Becker no esteio de uma discussão em relação a sociologia do conhecimento e o “centro do interesse intelectual contemporâneo”. Ele o cita como um dos autores que arrolou um bom e extenso referencial bibliográfico sobre o assunto. Dentre as alusões a medicina estão o interesse de Leibniz pela medicina militar, as influências extrínsecas a uma pesquisa envolvendo as relações entre a anatomia, a fisiologia, a medicina e a cirurgia; em passagens e alusões rápidas Merton comenta ainda o papel da medicina como guia e referência nas pesquisas das ciências biológicas como algo a ser mais investigado, estudos que demonstraram a resistência à mudança na medicina em relação a forma e o conteúdo do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, ou seja, a dependência de áreas como a medicina em relação a estruturas de poder e visões culturais a ela associadas, a relação entre medicina, a ciência e a ordem social, os sentimentos de pureza nacional e racional e a racionalidade utilitária nas faculdades de medicina em regimes de exceção como a Alemanha Nazista e a socialização e o reconhecimento do conhecimento e da prática médica como efeito da disputa e da competição científica. (Merton, 2013)



de estudantes de medicina para a função de médico. Talvez fosse isso, mas eu não me sentia satisfeito com essa maneira de descrever o que iria fazer. Podia-se dizer que minha tese de doutorado, um estudo das carreiras de professores do ensino primário, se inseria no campo da “sociologia da educação”, mas isso também não me parecia a melhor maneira de estudar alunos de medicina. O mais longe que eu chegara na conceituação de meu problema fora dizer a mim mesmo que aqueles garotos entravam na escola por uma porta e, quatro anos depois, saíam pela outra, e que alguma coisa certamente acontecia entre uma coisa e outra. De todo modo, eu estava mais preocupado com a mudança de nossa família de Urbana (que alívio cair fora dali!) para Kansas City (que, eu esperava, e isso se confirmou, seria um lugar melhor para o exercício do meu outro ofício, o de pianista), e em me situar no que me pareciam ser os enormes edifícios que abrigavam o Centro Médico da Universidade de Kansas. Eu praticamente nada sabia sobre a organização da educação médica e me consolava de minha ignorância com a “sabedoria” que me dizia que, assim, também não teria ideias preconcebidas. Como isso era científico! Eu não sabia sequer, e precisei que me dissessem, que os dois primeiros anos do curso de medicina de quatro anos eram basicamente acadêmicos, ao passo que durante os dois últimos anos, “clínicos”, os estudantes trabalhavam realmente enfermarias, atendendo aos pacientes<sup>92</sup>. Felizmente, o diretor administrativo da escola pegou-me pelo mão e decidiu que eu deveria começar minha investigação com um grupo de estudantes do terceiro ano no Departamento de Medicina Interna. Havia dois grupos de estudantes de terceiro ano, supervisionados por professores diferentes, e ele tomou o cuidado de me encaminhar para aquele dirigido pelo médico “bondoso”. Logo fiquei sabendo que o outro era um desses terrores legendários cujo mau gênio assustava estudantes, funcionários e a maioria dos pacientes. Eu não sabia o que era medicina interna, mas aprendi com muita rapidez que tinha a ver com tudo que não era cirurgia, pediatria ou obstetrícia, nem nenhuma das outras chamadas especialidades. Logo aprendi também que as pessoas que praticavam medicina interna se consideravam, eram consideradas por outros, os intelectuais da profissão médica, em contraponto aos cirurgiões, vistos como brutos avarentos, ou os psiquiatras, vistos como loucos. Sem nenhum problema para o qual me orientar, nenhum enigma teoricamente definido para tentar decifrar, concentrei-me em descobrir que diabo estava acontecendo, quem eram todas aquelas pessoas, o que estavam fazendo, sobre o que conversavam, aprender a me orientar por ali e, acima de tudo, conhecer os seis estudantes com quem passaria as seis semanas seguintes. Eu era um sabe-tudo judeu vindo da Universidade de Chicago, e eles eram de várias vilas pequenas e cidades maiores do Kansas e de Missouri, mas nos demos bem desde o início. Eles ficaram interessados em saber o que eu estava fazendo e curiosos sobre meu trabalho e emprego (“Quanto lhe pagam para fazer isto?”, perguntaram). Gostaram de saber que eu era pago para estudá-los e não duvidavam de que o esforço valia a pena. Nenhum de nós sabia ao certo o que eu tinha “permissão” para fazer ou quais das coisas que eles faziam eram “privadas” e quais eu podia acompanhar. Claramente eu podia ir às aulas com eles, ou acompanhá-los quando faziam a ronda entre os pacientes com o médico supervisor<sup>93</sup>. Mas a

---

<sup>92</sup> Um tipo de formatação curricular que se espalhou dos Estados Unidos para o mundo. Ver, por exemplo, a questão do internato e da residência. *IN*. MARTINS, Murilo. **Navegando no Mar da Medicina: casos, contos, crônicas**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2009. Ou ainda em GIRÃO, Célio Brasil. **Memória do Hospital das Clínicas: fragmentos da história do hospital-escola da UFC**. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 1994.

<sup>93</sup> Presenciei essas rondas e visitas de estudantes de medicina aos pacientes no Hospital da Mulher em Março de 2016. Na área de pós-parto, para ser mais exato. Estava ali na qualidade de pai da minha filha recém-nascida. Fomos encaminhados pela Maternidade Escola da UFC ao Hospital das Mulheres após três semanas de negativas, transtornos e aborrecimentos na área do SUS no Hospital Cura D`Ars, e em

primeira vez que um dos estudantes se levantou e disse: “Bom, tenho de examinar um paciente agora”, pude ver que devia tomar as rédeas da questão e estabelecer o precedente correto. Nem o diretor nem qualquer outra pessoa havia dito que eu podia observar enquanto os estudantes examinavam pacientes. Por outro lado, ninguém dissera que não o podia fazer.(....) Assim, eu disse, com uma confiança que não sentia: “ Certo. Vou com você. “ Ele deve ter pensado que eu sabia alguma coisa que ele não sabia, e não discutiu”<sup>94</sup>. Durante a minha primeira semana na escola, enquanto eu acompanhava os estudantes e outros pelo ritual das rondas, fiz uma grande descoberta. Não foi a grande revelação: “Aha!” que os pesquisadores muitas vezes relatam. Foi um trabalho de detetive que me absorveu, e a vários estudantes, durante a maior parte da semana seguinte. Suas ramificações ocuparam a mim e a meus colegas durante toda a duração do projeto. Uma manhã, durante as rondas, vimos uma paciente muito falante, que tinha múltiplas queixas para relatar ao médico, todo tipo de dores, incômodos e sensações inusitadas. Pude perceber que ninguém a levava muito a sério, e, ao sairmos, um dos estudantes disse: “ Cara, ela é realmente *crock!*” (...)

---

todos os momentos que tivemos que acionar o Plano de Saúde durante a gestação . Filas que demoravam horas para atendimentos técnicos que duravam pouquíssimos minutos. Ou ainda para realizarmos exames em que levávamos as madrugadas inteiras para serem realizados no Hospital Antônio Prudente. No Hospital da Mulher dividimos o mesmo quarto com outras duas mães. Logo ao nosso lado, uma mãe teve gêmeas. A outra mãe era uma jovem , menor de idade. A convivência entre as mães foi tranquila. Mas, ao me lembrar da visita e da forma da abordagem dos alunos com uma professora ao pé da cama das pacientes, partilho da mesma crítica de Pacht Adams ao procedimento. A paciente é tratada na forma de um dado e uma tabela científica. Numa abordagem nada humanista. Isso é feito com uma naturalidade e uma desenvoltura - que mesmo bem intencionada - muito me impressionou. Ainda mencionei essa minha associação àquela rotina para um dos estudantes a quem procurei logo após a visita. Ele desconversou. Se por ignorância, desinteresse, pressa, fingimento, desconhecimento, despreocupação, despreparo, surpresa acrítica, naturalidade ou soberba. Não sei. Talvez um pouco de cada uma dessas possibilidades sendo automatizadas e exercitadas. Não seria justo generalizar essa percepção. Por exemplo, durante as visitas aos hospitais no período pré-parto e encontramos tipos diferentes de abordagem. Alguns mais atenciosos, outros mais pretensiosos. A minha impressão é a de que os médicos com as quais lidamos nesse processo não são acostumados a serem solicitados acerca das suas informações, prescrições e observações. Em todas as ocasiões em que tentei traçar e partir nessa linha de diálogo senti uma sutil rejeição àquela tentativa. Creio, portanto, que parte dessa cultura provém desse tipo de formação. A exceção feita a dois médicos. Na noite anterior ao parto, um médico muito atencioso e gentil nos disse que a situação da minha companheira não era de emergência. E como era noite e estávamos num hospital público tinha-se que priorizar as emergências. Concordamos, de imediato. Podíamos sim esperar o dia seguinte. E na médica do dia seguinte. Ela muito alegre e sorridente realizou o parto da Sara ao som dos Beatles – eu presenciei na sala do parto. Para além da minha experiência pessoal, ver CHAZAN, Lilian Krakowski. **“Meio Quilo de Gente”**: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Ou ainda MARINS, João José Neves. **Educação Médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABEM, 2011.

<sup>94</sup> Aqui cabe dizer como essas questões são delicadas, cotidianas e passageiras. É interessante mensurar inclusive o risco de uma recusa a um pedido. Por exemplo. Solicitei um relato a um estudante sobre sua participação no ECEM. Depois desse pedido aceito e acordado, ele me falou que iria aos alojamentos. Ele era um dos coordenadores do evento e o alojamento era numa escola pública ao lado da UNIFOR. Eu automaticamente perguntei se poderia ir com ele. Mais pela curiosidade e por aquela facilidade que ali se abria do que por interesse sistemático à pesquisa. Ele me disse que não. Era um ambiente privado e coletivo. Atitude muito comum, aliás, em encontros nacionais de estudantes. É preciso portanto, saber perguntar, tentar e arriscar. Caso contrário, uma atitude pode ser lida – por erro de percepção ou mesmo de interesse - como deselegante, descabida e até mesmo atrevida diante das formalidades e das informalidades em que uma situação e as circunstâncias se encontra. O maior risco é algo ser considerada invasivo numa pesquisa e ela sofrer as represálias e os efeitos colaterais disso. O limite entre a espontaneidade, o zelo, a intromissão e a precaução são muito tênues.

Como já disse, minha descoberta do significado da palavra *crock*<sup>95</sup> não foi um lampejo de intuição<sup>96</sup>. Ao contrário, foi uma versão do truque de extrair uma ou várias premissas não formuladas, guiada pela teorização sociológica de cada passo do caminho. Da seguinte maneira: quando ouvi Chet chamar a paciente de *crock*, mergulhei numa análise teórica rápida, mas profunda. Eu tinha uma teoria pronta para pôr em funcionamento ali. Para expressar de maneira mais pretensiosa: quando membros de uma categoria de status fazem distinções hostis entre os membros de outra categoria de status com quem interagem regularmente, a distinção refletirá os interesses dos membros da primeira categoria na relação. De maneira mais específica, e talvez menos intimidativa, as distinções hostis que os estudantes faziam entre classes de pacientes mostrariam que interesses eles tentavam maximizar naquela relação, o que esperavam obter dela. Para tornar mais clara a conexão com as premissas maior e menor, poderíamos dizer que ao fazer essa distinção, eles raciocinavam a partir de alguma premissa cuja explicitação lhes parecia desnecessária, algo tão óbvio para eles que não havia necessidade de dizê-lo ou mesmo pensa-lo explicitamente. (...). Mas, como bom cientista, queria continuar checando minha descoberta, por isso segurei a língua. O paciente que vimos em seguida, como viemos a saber, tinha úlcera gástrica, e o médico encarregado fez dele o pretexto para uma breve palestra sobre doenças psicossomática, tomando a úlcera como exemplo. Foi muito interessante, e, quando saíamos do quarto, testei meu novo conhecimento, dizendo a Chet: “Que *crock*, heim?” Ele me olhou como se eu fosse um idiota e respondeu: “Não, ele não é um *crock*.” “Por que não? Tem uma doença psicossomática, não tem? Você não acabou de me dizer o que era um *crock*? Não passamos dez minutos discutindo isso?” Ele pareceu mais confuso que antes, e um outro estudante que ouviu nossa discussão se encarregou de elucidá-la.: “Não, ele não é um *crock*. Ele realmente tem uma úlcera.” Não me lembro de todos os detalhes que se seguiram. O que sei é que fiz todos os estudantes se interessarem pela questão e, entre nós, à medida que eu fazia uma série de perguntas e aplicava os resultados a casos sucessivos, acabamos definindo um *crock* como um paciente que tinha múltiplas queixas, mas nenhuma patologia física discernível. Era uma definição consistente, que resistiu a muitos testes posteriores<sup>97</sup>. O que

---

<sup>95</sup> Outra linha de análise sobre as gírias médicas pode ser vista em PETERSON, Christopher. **Trambiclínicas, Pilantrópicos, Embromeds**: um ensaio sobre gíria médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

<sup>96</sup> Ver “A intuição como método (As cinco regras do método)” IN. DELEUZE, Gilles. **Bergsonismo**. São Paulo: Editora 34, 2012. Ver ainda o conceito de *Serendipidade* inscrito nas descobertas que são feitas envolvendo o acaso e a criatividade na História das Ciências.

<sup>97</sup> A polifonia, a coletividade e a multiplicidade que envolvem a produção e a definição dos sentidos ressaltadas por Becker foram alguns dos motivos que nos levaram a alimentar e explorar metodologicamente James Clifford e Marilyn Strathern em seu diálogo com o perspectivismo amazônico de Viveiros de Castro. Vamos aqui explicitá-la rapidamente pra que não pareça a mistura de questões supostamente desconectadas. As ocasiões e as circunstâncias nas quais encontrei, conversei e entrevistei os estudantes de medicina foram as mais diversas. E não só as situações eram diversas, como também os próprios estudantes se encontravam em momentos vitais, acadêmicos e institucionais diferentes: membros de entidades estudantis, das Ligas ou “comuns” do primeiro até o último semestre. O que havia em comum? Cada um desses contatos eram acionados em nome da pesquisa e no sentido de me ajudarem a produzir um sentido comum a essa movimentação. São várias vozes acionadas dos mais distintos lugares e ocasiões em torno de um objetivo, a minha pesquisa. O meu objetivo evidentemente pode não coincidir com o dos estudantes. A questão do perspectivismo entra aí. Cada estudante, entidade e Liga possui interesses diferentes quanto a minha própria pesquisa e a própria leitura que é feita deles, enquanto estudantes de medicina assim como do campo médico estudantil em particular. Nesse sentido, algumas vezes tentei desviar o foco da minha “função” enquanto pesquisador e entrevistador e fiz o seguinte: troquei informações que eu julgava ser interessantes e relevantes à formação deles como médicos. Muitos deles pareceram apreciar essa tática. Ou pelo menos, ele se me tornou mais palatável ao meio.



queriam aprender, disseram os estudantes, era certo tipo de conhecimento que não podia ser aprendido nos livros<sup>98</sup>. Eles estudavam seus livros zelosamente, preparando-se para os testes que pontuavam as rondas e outros eventos desse tipo, mas acreditavam que o conhecimento mais importante que podiam adquirir na escola não estava naqueles livros. O que mais valia a pena aprender era o que meus colegas e eu finalmente resumimos como “experiência clínica” – as aparências, sons e cheiros das doenças numa pessoa viva: como soava realmente um som estranho no coração quando você punha seu estetoscópio<sup>99</sup> sobre o peito de um paciente, em contraposição a seu som numa gravação; que aspecto tinham e como falavam sobre o que sentiam os pacientes cujo coração soava daquela maneira; que aspecto, e mesmo que cheiro, tinha um diabético ou uma pessoa que acabara de sofrer um ataque cardíaco. Só era possível aprender essas coisas com pessoas que apresentavam patologias físicas reais. (...). Assim os *crocks* desapontavam os estudantes por não terem nenhuma patologia que pudesse ser observada<sup>100</sup> em primeira mão. Isso me mostrou um traço importante e característico da prática médica contemporânea: a experiência pessoal é preferível a publicações científicas<sup>101</sup> como fonte da sabedoria a usar na orientação a própria prática. (...) Assim, os *crocks* tomavam mais tempo deles que outros pacientes e lhes davam muito menos em troca do seu trabalho. Isso me mostrou um outro traço importante da vida na escola de medicina: tudo envolvia uma avaliação de perdas e ganhos em relação a troca de tempo, a mercadoria mais escassa para um estudante ou funcionário, por outras coisas valiosas. (...). Os estudantes não gostavam dos *crocks*, aprendi finalmente, por uma terceira razão. Como seus professores, eles tinham a esperança de operar milagres médicos e curar os doentes, quando não de ressuscitar os mortos<sup>102</sup>. Aprender o que era um *crock* foi, portanto, uma questão de desemaranhar com cuidado os múltiplos significados embutidos nessa simples palavra, e especialmente de decifrar a lógica do que nos estava sendo dito, encontrando as premissas maiores sobre as quais as atividades dos estudantes (e, de fato, também do pessoal) se baseavam. O truque neste caso não é fascinante e requer muito trabalho, uma vez que consiste em investigar os usos e significados de termos que parecem, quando os ouvimos pela primeira vez, estranhos e até ininteligíveis. Fazer as pessoas explicarem o que não compreendemos, e checar isso com o que vemos e ouvimos, produz as premissas que faltam nos raciocínios que elas fazem rotineiramente para explicar e justificar suas ações. (BECKER, 2007 ; 194-202)

---

<sup>98</sup> Numa conversa informal um estudante me disse que alguém só “aprende a ser médico, pelo menos, 10 anos depois de terminar a faculdade”. Com a prática. De outro ouvi ainda o seguinte: “não gostamos de especular abstratamente, de filosofar muito não”.

<sup>99</sup> Ver relato de Pedro Nava sobre o professor que “ouvia sem estetoscópio” com sua virtuosidade semiológica e o ambulante da faculdade de medicina da UFC que foi alvo de disputa entre a prefeitura e a diretoria da faculdade. A prefeitura queria tirá-lo de uma das calçadas, lembrando o “Caso Sabina” também relatado por Pedro Nava. Contudo, a faculdade intercedeu em favor do ambulante visto que o seu ofício prestava um serviço de utilidade e interesse público para os alunos do curso.

<sup>100</sup> Essa posição talvez possa insinuar aproximações com teorias tais como o comportamentalismo e neurobiologizantes e se afastar de posições mais “psicanalíticas”. Pedro Nava é quem faz interessantes e curiosas pontes desse tipo de posicionamento com um diálogo crítico frente a posições psicoanalíticas em torno da observação clínica.

<sup>101</sup> Uma observação contrastante. Um estudante me apresentou as credenciais de uma palestrante num curso de Jornalismo e Saúde da seguinte forma: “ela é a segunda pessoa que mais publica artigos na área de Nefrologia no Brasil”.

<sup>102</sup> Uma estrutura antropológica de um imaginário mitológico. Os filhos de Asclépio.

Em nossa investigação partimos também do instrumental conceitual e metodológico do interacionismo simbólico não por pura adesão conceitual e abstrata. A primeira aproximação de seu por conta de três motivos: a minha formação em Ciências Sociais, o conhecimento dos estudos de Becker sobre estudantes de medicina e suas relações com o campo educacional, área em que estou inscrito nesse trabalho.

Mas, a partir daí foram observações empíricas que me nortearam nesse percurso. Saindo de um posicionamento orientado apenas no plano teórico, encontramos a questão do agir segundo o sentido que a ação tem aos outros nalgumas vivências minhas com os sujeitos da pesquisa e levantadas em perspectiva histórica e cultural através de passagens do texto de Nava que mostram a incidência das possibilidades analíticas e investigativas desse campo frente ao aparato do interacionismo simbólico. A ele, dispomos de outras senhas, chaves e traduções. Elas serão explicadas logo a seguir. Por enquanto, vejamos como se dá a questão dessa método.

Três são os aspectos que devem ser levados em consideração na apreciação da natureza da interação simbólica, conforme nos lembrou HAGUETTE (2013) seguindo as dicas, as proposições e as três premissas básicas do interacionismo simbólico sintetizados por Herbert Blummer

A primeira delas é que o ser humano age com relação as coisas na base dos sentidos que elas têm pra ele. A segunda é que o sentido destas coisas é derivado, ou surge da interação social que alguém estabelece com seus companheiros. E a terceira é que esses sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

Vamos vê-las em ação em dois momentos. No primeiro numa ilustração de “cola” efetuada por Nava e seus colegas em exames práticos na faculdade. A segunda, no sermão que ele leva e as indicações morais e éticas que deve seguir para ser um médico, a tal “construção de uma identidade profissional, que implicará ‘portar-se como médico, agir como médico, falar como médico’” que vimos parágrafos atrás.

Vamos a primeira delas apresentada no Beira-Mar. Relata Nava seus exames práticos em Descrita e Topográfica,. Nava estava como dependente de algumas disciplinas. Entrara na turma de 1921 e fazia disciplinas com a turma seguinte, a de 1922, turma de Juscelino Kubitschek de Oliveira. Com essa sua nova turma Nava refez

três cadeiras que já conhecia de 1922, Anatomia, Histologia e a primeira parte da Fisiologia Humana. Aqui ele se adianta um pouco no tempo e aborda o estudo de Esplanologia realizada em 1924 e Anatomia Topográfica<sup>103</sup>, em 1926. Era uma disciplina ministrada no quinto ano da faculdade de medicina. É aqui que aterrissamos novamente em sua narrativa de Nava. Uma série de séries de leituras e atitudes laterais, ocultas, latentes, patentes e tácitas ao exame são apresentadas, interligadas e conectadas. Observe-se como a construção da ação, a leitura do seu sentido e a sua interpretação são elucidados.

Não tenho nada de particular a contar sobre os nossos exames em Descritiva e Topográfica senão, nesta última, o fato de burlarmos os mestres à sua vista. Para fazermos as ligaduras ou as neurotomias era preciso conhecimento seguro das regiões. Ora, essa confusão dentro de músculos era dificuldade vencida por cumplicidade e compra do servente, seu Domingos, que como *cirurgiões*, chamávamos para nosso auxiliar. Ele vinha com afastadores preparados adrede, isto é, dotados em vez de ganchos rombos, de cortantes – afiados por ele. Quando o homem chegava, fazia gesto furtivo e mostrava o local e tamanho de nossa incisão. Depois, enquanto de pinça e bisturi fingíamos dissecar e *operar* ele ia cortando e abrindo com as pontas aceradas dos seus Faraboeufs até nos apresentar a artéria ou o nervo que cingíamos com o porta-fios curvo – para exteriorizar, amarrar ou cortar. Os examinadores de olho comiam mosca. Eles eram recrutados entre as cadeiras de Medicina Externa e assim o Lódi tinha sempre como companheiros, ora o Zoroastro, ora o David, o Otaviano, o Borges – jamais o Werneck que não estava disposto para tais amolações. Geralmente eles ficavam mudos, intervindo com uma pergunta ou outra. Lódi, com aquela fisionomia impassível e a frieza aparente de sempre. Examinava o tempo estrito os que sabiam e longamente os que estavam em branca nuvem – parecia maldade mas era benevolência oculta, querendo dar chance à besta de acertar alguma coisa. Seu critério de reprovação, aprovação simples, plena ou distinta era de precisão miligrâmica e ele a usava invariavelmente. Quando era preciso reprovava dois, três anos seguidos. Nesses casos, se percebia, como percebeu uma vez, que era ele que perturbava o aluno com sua presença temida, dava uma desculpa e na hora da arguição deste, passava a palavra a outro examinador e saía da sala. Isso ouvi desse mestre no dia em que ele me disse também que, hoje, tinha vergonha do excesso de suas exigências. Daqui lhe respondo. Todas elas eram razoáveis, cabíveis e pertinentes. Luís Adelmo Lódi foi um dos professores mais exatos, mais honestos, mais justos que honraram a Cátedra na nossa escola. Marcou indelevelmente todos que passaram por suas mãos com o gosto do conhecimento do corpo humano – base de toda a Medicina. Não há um seu discípulo digno do grau, seja internista ou externista, que não lhe deva seus bons cinquenta por cento de

---

<sup>103</sup> Segundo NAVA (1979), Topográfica é a parte da Anatomia que estuda não mais as relações das vísceras e partes constituintes de toda a fábrica humana entre si, mas sua posição e relacionamento topográficos, segundo as várias regiões. Sob o conceito de *transparentificação*, ele exemplifica para facilitar a compreensão do leitor com o seguinte exemplo. “(...) se se traspassa com chuço um peito ou uma barriga, compete ao médico presumir o que foi atravessado – pele, músculos da parede, órgãos das cavidades. Também olhando o furo de entrada de uma bala e seu rombo de saída, imaginar o que foi atingido num crânio, numa virilha, numa nádega, num joelho, num dorso de pé, numa palma de mão.” (NAVA, 1979: 139)

formação. Ele é nosso credor<sup>104</sup>. Um testemunho de seu valor está na escolha de seus pares quando o elevaram a Diretor da Faculdade e depois a magnífico Reitor da Universidade de Minas Gerais. Assim como ao professorado – ele engrandeceu esses cargos e deles não recebeu mais lustre que o que já tinha. Mestre. (NAVA, 1979 ; 140)

Da cola no exame prático da disciplina de Anatomia Topográfica ao elogio ao pontifício reitorado de Luis Adelmo Lodi – quantos interacionismos simbólicos não podemos visualizar nessa passagem de Nava. A segunda é apresentada no seu Galo das Trevas., quinto volume de suas memórias. Ari – seu professor e mentor – chama a atenção para os atributos, hábitos, rotinas, responsabilidades e comportamentos do ser médico na sociedade. A alegria secreta e dentro de quatro paredes amarra as considerações da seriedade profissional e do que pode ou não ser visto e permitido. Um biombo entre o médico que deve deixar a vida de estudante e o público deve ser levantado.

Per um pouco, podem sentar porque inda não terminei . Vocês pensam que eu ia mandar chamar só pra fazer elogios? Aqui, olha. Falta o resto. Vocês têm que ficar sabendo que a vida de estudante que levaram – acabou. A-CA-BOU. Acabaram as noitadas, as cervejadas, as conversas até de madrugada. Vocês têm de assumir nova atitude diante da vida. Não podem mais ser vistos – já não digo nos cabarés e na zona, mas mesmo nos cafés do centro da cidade. Não se espantem. Algum de vocês já viu o Pimentel, o Rafael, o Campos, o Borges, o Werneck, o Lodi ou mesmo eu – sentados no *Fioravanti*, no *Pedercini*, no *Tranon*, no *Estrela*, no *Bar do Ponto*? Não? Não é? Por quê? Porque aquilo é falta do que fazer, disponibilidade errada e advogado sério e médico sério têm sempre o que fazer, estão sempre entre duas ocupações. Se estão na rua é de passagem. Indo, num caso, para o Hospital, para a faculdade, para o consultório, para casa dum doente. No outro, vindo do tribunal, da faculdade deles, do escritório, dum encontro profissional. Toda seriedade é pouca. A alegria tem de ser secreta e dentro de quatro paredes. Tudo que não for demonstração de zelo profissional deve passar-se na moita – que nem nossos hábitos íntimos e de asseio. Ponham um biombo entre vocês e o público. Esse biombo pode se chamar cerimônia. Fechem a cara, fechem-se em copas. (NAVA, 2006 ; 113)

Adiantando um pouco, numa rápida digressão, o assunto que veremos no segundo e no quarto capítulo dessa investigação, qual seja as ligas Acadêmicas e o movimento estudantil de Medicina, fazemos a seguinte interrogação: será que os estudantes de medicina dialogam de alguma maneira com esses estudos e esses pensadores?

Imergindo na exploração dessa possibilidade e finalizando esse tópico, gostaríamos de apresentar um dos momentos em que os estudantes acessam um

---

<sup>104</sup> Ver coletânea de excertos sobre a educação ao longo da obra de Friedrich Nietzsche. SOBRINHO, Noéli Correia de Melo. **Escritos sobre Educação: Friedrich Nietzsche**. São Paulo: Loyola, 2011.

clássico do campo da sociologia da saúde<sup>105</sup> e o discutem a luz de um debate atual. Foi o que presenciamos nos Cadernos de Saúde produzidos pela Coordenação Nacional de Políticas de Saúde da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) ao abordarem o tema do Trabalho Médico<sup>106</sup>.

O documento foi subdividido no seguintes momentos: uma visão marxista do atendimento médico, os médicos e o mercado de trabalho<sup>107</sup>, o serviço civil para medicina – PROVAB, interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico, Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp – mesa Ato Médico e Engravando Palavras: o caso da integralidade. Supondo unir e articular esses pontos, o documento é assim apresentado:

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) é a entidade criada em 1986, com o objetivo de organizar e representar os estudantes que se mobilizavam naquele importante momento de ascensão das lutas populares pela redemocratização do Brasil e garantia de direitos Universais como Saúde e Educação de qualidade. Desde 1988 temos, inscrito na constituição, a garantia do direito à Saúde através do Sistema Único de Saúde. Porém desde então, fica cada vez mais claro que a simples inscrição na lei não significa a concretização desse direito. Os governos que assumiram o Estado brasileiro desde aquela época tem sido orientados por uma política neoliberal, de valorização do capital em detrimento dos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras do país. Isso se expressa no tratamento dado pelo Estado à Saúde Pública que, cada ano que passa é mais subfinanciada, com engessamento das leis que regem o serviço público, gerando uma situação de intenso caos no sistema nacional de saúde. Junto a isso, são lançadas políticas que se dizem de valorização dos trabalhadores em saúde, mas que a fundo só representam uma tentativa inconsistente de “tapar o sol com a peneira”. E cada vez mais se avança na fragmentação do serviço, colocando os profissionais em situação precária e trabalhando de forma descoordenada, ferindo gravemente os princípios da Integralidade. Como se não bastasse tal política, os diversos governos neoliberais apresentam como grande solução para essa situação, a privatização da gestão, retirando os direitos que foram conquistados com o suor de muita luta e flexibilizando ainda mais a situação dos trabalhadores da saúde, agravando e aprofundando os problemas do S.U.S. Diante dessa situação a DENEM, constrói sua luta perante os estudantes de medicina, futuros trabalhadores do Sistema de Saúde. Para isso sua estrutura organizativa visa capilarizar ao máximo os debates que circundam o dia a dia do estudante de Medicina, bem como travar as lutas necessárias desses estudantes. A Coordenação de Políticas de Saúde (CPS) é a parte responsável da DENEM por formular reflexões sobre todas as questões referentes a esse tema, e para isso, estamos apresentando o primeiro Caderno de Saúde da CPS, cujo o tema é de extrema importância e atualidade: Trabalho Médico. Esperamos que aproveitem o Material. Coordenadores:

---

<sup>105</sup> O Estudo de Engels não se atribuíu esse rótulo e essa delimitação. Inexistia esse campo de pesquisa no seu tempo. Ainda assim ele realizou incursões pioneiras desbravando mares ainda pouco navegados. O rótulo Sociologia da Saúde ou da Medicina só foi cunhado retrospectivamente graças as intervenções empíricas dos norte-americanos em meios como os que expusemos ao longo do tópico. .

<sup>106</sup> Agradeço a Michel Alves ( DENEM/UFPA) pelo envio desses Cadernos de Saúde. Vários temas específicos são tratados neles. Destacamos aqui três deles: Saúde Mental, Trabalho Médico e as Ligas Acadêmicas. Esse último caderno consta nos anexos desse trabalho.

<sup>107</sup> Assunto discutido no último capítulo desse trabalho.

Logo em seguida, o clássico estudo de Friedrich Engels, “As Condições da Classe Operária na Inglaterra”, é abordado. E isso ocorre logo no primeiro parágrafo do primeiro tópico do primeiro momento desse Caderno Temático. Trata-se de um texto denominado: “A visão marxista do atendimento médico”, trabalho desenvolvido por Howard Waitzkin<sup>108</sup>.

**O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO NESTE CAMPO.** O primeiro estudo marxista importante sobre atendimento de saúde foi o trabalho “As Condições da Classe Operária na Inglaterra” de Engels, publicado originalmente em 1845, três anos antes de Engels ter sido co-autor, com Marx, do “Manifesto Comunista”. Este livro descreve as perigosas condições de trabalho e moradia que criavam uma saúde precária. Engels atribuiu, em particular, doenças como tuberculose, febre tifóide e tifo à desnutrição, moradia inadequada, reservas de água contaminada e superconcentração de pessoas. A análise de Engels sobre atendimento de saúde era parte de um estudo mais amplo das condições da classe operária sob a industrialização capitalista. Seu enfoque sobre os problemas de saúde, entretanto, teria um efeito profundo sobre o surgimento da medicina social na Europa Oriental, especialmente sobre o trabalho de Rudolf Virchow.

Essa rápida alusão pode apontar para o fato de que os estudantes de medicina que atuam no movimento estudantil da Medicina parecem tentar fundamentar no plano teórico suas ações e intervenções sociais e políticas. Mas, como veremos a seguir há toda uma diversidade de posições ideológicas inscritas nesse universo. No entanto, vale ressaltar, nem todo esse espectro demonstra a preocupação com a fundamentação analítica de suas posições.

## 2.8 Educação Médica no Ceará

Um raro e valioso estudo sobre a História da Medicina no Ceará em seu período colonial realizado por Maria do Socorro Silva Nobre nos servirá de perspectiva histórica nesse tópico<sup>109</sup>.

---

<sup>108</sup> Professor do Departamento de Sociologia da University of New Mexico/EUA.

<sup>109</sup> Sugerimos aqui ainda dois estudos sobre o tema. Um clássico e um mais recente. O autor do clássico é rapidamente mencionado nesse tópico. Trata-se de Guilherme Chambly Studart (1856-1938), o nosso “Pedro Nava” digamos assim. Ver STUDART, Guilherme. **Notas Para a História do Ceará (segunda metade do século XVIII)**. Brasília: Senado Federal, Conselho Federal, 2006. Em especial, ver o capítulo IV e o VIII. No quarto capítulo o autor estudam, dentre outros temas, os “Hospícios” de Viçosa e de Aquiraz nas quais os jesuítas e a Companhia de Jesus articulavam a colonização e a evangelização dos povos indígenas. Assim, podemos perceber com esse estudo as mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas pelas quais a instituição e o conceito tomou. Ver FOUCAULT, Michel. **O Nascimento do Hospital**. IN. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2004. Pp 99-111. No oitavo capítulo, o autor



O estudo foi publicado pela Secretaria de Cultura, Desporto e promoção Social de Fortaleza a partir de uma premiação instituída pelo Governador do Estado do Ceará, Waldemar Alcântara, através do decreto N. 13.791, de 16 de Julho de 1978. O tema daquele pleito público era a “História da Medicina do Ceará”. O artigo primeiro do decreto afirma que: “Fica instituído o prêmio de Cr\$ 30.000,00 (trinta mil cruzeiros), pagos pelo Governo do Estado do Ceará, à melhor monografia que versar sobre o tema “História da Medicina no Ceará”, destinada a comemorar o 30º aniversário de fundação da antiga Faculdade de Medicina do Ceará”.

A autora investiga diversos fatores no seu estudo que recorta o período colonial do Ceará, uma capitania subalterna segundo a autora, entre os anos de 1500 e 1799, Ceará descoberto por um médico, a presença dos europeus, o papel dos médicos no descobrimento do Brasil, a medicina do Padre Francisco Pinto, os primeiros cirurgiões do forte do Ceará, a medicina dos padres jesuítas, os sesmeiros e os cirurgiões licenciados, os cirurgiões do sertão, o Hospital Militar do Ceará e o flagelo das secas e epidemias como a ocorrida na ribeira do Acaraú em 1790 intercalando o pânico e o sofrimento da população cearense após a seca trienal de 1777, 1778 e 1779. São aqueles terríveis momentos históricos em que ocorre um agravamento das

---

avalia, dentre outros assuntos a relação entre secas e epidemias. Enaltece, agradece e qualifica o sentimento de gratidão cearense pelo envio ao estado de professores de medicina, cirurgiões, farmacêuticos, sangradores; o envio de boticas e medicamentos ( p. 448- 451). Nesse ínterim faz algumas ressalvas sobre as relações entre os remédios, o combate as epidemias, a “ felicidade da cura”, a dieta, os alimentos e a falta de Higiene, controle e fiscalização sanitária na carne que era vendida e matada à população nos açugues O autor atuou como médico no Hospital de Caridade de Fortaleza e fez parte de inúmeras associações tais como: British Medical Association de Londres, Instituto do Ceará, da Sociedade de Geografia de Paris, da Sociedade Bibliográfica da França, do Instituto Histórico, Geográfico Etnográfico Brasileiro, Instituto Arqueológico e Geográfico Pernambucano, Sociedade de Geografia do Rio de Janeiro e do Gabinete de Leitura do Aracaty e ex-diretor do Gabinete Cearense de Leitura. Studart foi membro eleito, por três vezes, do Conselho Superior de Instrução Pública do Ceará. No último parágrafo das suas “ Duas Palavras” publicadas em 15 de Julho de 1892 e que antecipam o primeiro capítulo o qual, segundo ele, inauguram “ um capítulo inédito da vida do Ceará- Colônia” diz Studart “ De minha parte nas apreciações criteriosas e desapaixonadas sobre seu valor beberei lições e adquirirei incentivos para entregar à publicidade outros trabalhos que tenho em mãos e com os quais *distraio-me das agruras de minha vida de médico.*” ( grifos meus)

O outro estudo, mais recente versa sobre Vicente Cândido Figueira de Sabóia ( 1836 - 1909), o Visconde de Sabóia, cuja estátua foi colocada frontispicialmente na entrada do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará sediada no município de Sobral/CE. CRISTINO-FILHO, Gerardo. MONT ALVERNE, Giovana Saboya. **Visconde de Sabóia. A Filosofia como princípio e a Medicina como missão.** Ceará: Sobral gráfica e editora ltda, 2011.

condições sanitárias, a fome, a impossibilidade de praticar a lavoura e à espera por recursos que sobrevivam à subsistência das populações massacradas por esse flagelo.

Ao explanar o capítulo em que relatava a medicina dos sertões do Ceará, a autora afirma que o documento mais explícito acerca da medicina que se praticava no Ceará na primeira metade do século XVIII, é o inventário desenvolvido pelo padre F. Sadoc de Araújo em seus livros *Cronologia Sobralense* e *História da Cultura Sobralense*.

Consta ainda nessa investigação, dentre outros temas relativos ao período colonial do Ceará, o relato de pelo menos três casos de crimes ou dúvidas e suspeitas acerca de mortes. O primeiro em 1731 teve como vítima João Fernandes dos Santos. O reconhecimento do caso se deveu, segundo a autora, graças ao manuseio, efetuado pelo Barão de Studart, de um dos raros documentos da primeira metade do século XVIII contendo referências a pessoas que praticavam a cirurgia na Vila de Fortaleza (Nobre, 1978).

Os outros dois casos se referem às mortes ainda inexplicadas. A primeira foi o súbito falecimento do Capitão – Mor Francisco de Miranda Costa em 1 de Setembro de 1748. Segundo a autora, o capitão havia tomado posse perante a Câmara da Vila de Fortaleza em 17 de Agosto de 1746, , causando descontentamento a do Aquiraz, cujos moradores pretendiam que ali fosse a sede da administração, como era da Ouvidoria. Amanhecido morto, Miranda Costa, teve logo seu caso comunicado ao Rei de Portugal pelo ouvidor geral Manuel José de Faria.

O segundo caso se deu poucos anos depois com outro Capitão- Mor, João Baltazar de Quevedo Homem de Magalhães foi empossado em 11 de Janeiro de 1759 e governou até 24 de Janeiro de 1765, quando faleceu, não havendo nada a desabonar a sua natural causa mortis.

A educação médica no Ceará e a história da Educação Médica no Curso de Medicina da UFC, principal instituição formadora no campo médico são vistos logo em seguida, Cabe salientar que, nesse tópico, serão problematizados a forma como os personagens e os mitos de origem da educação médica são narrados e inventariados. A estrutura e o funcionamento da Faculdade de Medicina, a estrutura curricular do curso de Medicina, o núcleo de Educação Médica, as ligas acadêmicas e as metodologias de ensino e aprendizagem na educação médica são apresentadas para que possamos ir nos



aproximando, desde logo, ao clima em que se encontram as subjetividades e institucionalidades pesquisadas.

As relações sociais, políticas, históricas e culturais entre os saberes e poderes não-formais e formais na educação médica fecham o primeiro capítulo. Sua inscrição se deve ao contínuo diálogo existente entre a academia, a sociedade e a realidade vigente.

## 2.9 História da Educação Médica no Curso de Medicina da UFC

Rigorosamente analisando não foi realizada até o momento uma obra voltada estritamente para a história da educação médica no curso de Medicina da UFC<sup>110</sup>. Assim como vimos anteriormente e veremos a seguir, a História da Medicina e a História da Educação Médica (ensino médico) se entrelaçam histórica e institucionalmente de forma muito visceral.

Dois trabalhos<sup>111</sup> que se alternam para nos amparar na discussão desse tópico. Um, de traço mais memorialístico e corporativo e outro de natureza e enfoque

---

<sup>110</sup> Em 12 de Maio de 2016, a Faculdade de Medicina da UFC comemorou os seus 68 anos de existência. Palestras, amostras, exposições de filmes antigos e de um documentário sobre a faculdade foram realizados. A data foi incorporada ao nome do Centro Acadêmico do Curso que se chama Centro Acadêmico XII de Maio. Sobre essa atividade, ver. <http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2016/8218-faculdade-de-medicina-comemora-68-anos-de-fundacao-nesta-emana>. Outra atividade que leva a data de inauguração da instituição em sua nomenclatura é o curso pré-vestibular XII de Maio. “Fundado no ano 2000, o **XII de Maio** é um curso pré-vestibular preparatório para os processos seletivos das Universidades Públicas do Ceará. Na tentativa de democratizar o acesso à essas Universidades, os estudantes são obrigatoriamente alunos de escolas públicas. As disciplinas são ministradas por estudantes dos mais diversos cursos da Universidade Federal do Ceará (UFC), a coordenação é composta por estudantes da Faculdade de Medicina da UFC, e o Cursinho conta, ainda, com a orientação do Prof<sup>o</sup> Dr. Henry Campos, (atual) Reitor da UFC. O Curso oferece três turmas de Extensivo, com aulas iniciando no começo do ano, e uma turma de Intensivo, com aulas iniciando no segundo semestre do ano. Para selecionar os alunos que comporão as turmas, o XII de Maio faz dois processos seletivos anuais, um referente às turmas de Extensivo e o outro referente à turma de Intensivo.” Ver o site do cursinho em [http://www.curso12demaio.ufc.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=316&Itemid=91](http://www.curso12demaio.ufc.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=316&Itemid=91). A sede física do curso fica vizinho à sede do Centro Acadêmico em Porangabussu. Para ver a sua localização e toda a panorâmica dos equipamentos, prédios, bibliotecas, hospitais universitários, maternidades, ambulatórios, laboratórios, núcleos, faculdades, departamentos e vias urbanas de acesso rodoviário e pedestre que compõe o Campus do Porangabussu situado no bairro **Rodolfo Teófilo**, acessar localização Curso XII de Maio em : [http://www.curso12demaio.ufc.br/portal/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=93](http://www.curso12demaio.ufc.br/portal/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=93). Voltaremos a essa discussão no capítulo Políticas Sociais e Medicina. Lá problematizamos uma sondagem empírica realizada junto aos estudantes do curso de medicina de todos os semestres sobre o polêmico assunto das Cotas.

<sup>111</sup> Outros recortes podem ser vistos em. Sobre a prática e o ensino da cirurgia cardíaca estado do Ceará., ver JUCÁ, Eduardo Regis Monte. **Com o Coração nas Mãos**. Fortaleza: Edições UFC, 2006. Ou ainda, apresentando o tema sob a experiência e prática da Psiquiatria no Ceará e na Faculdade de Medicina da

mais jornalístico. O primeiro trabalho a qual nos detivemos foi publicado em 1994. Intitulado “Memória do Hospital das Clínicas: fragmentos da história do hospital-escola da UFC” é de autoria de Célio Brasil Girão e se constitui numa memória do ensino de Medicina no Ceará. O autor reconhece que “pouco se tem feito para o resgate da memória do ensino da Medicina no Ceará”. Em tom cerimonioso e saudosista, o autor afirma ter como mote para a escrita dessas memórias a escassez de registros sobre a experiência do ensino médico, a experiência de quatro décadas do hospital envolvendo lutas, vitórias e frustrações e a busca pelo justo reconhecimento e a memória daqueles que semearam o passado pavimentando a atividade e o mérito de grandes médicos que trabalham nos diversos hospitais de Fortaleza e que realizaram seu aprendizado e treinamento básicos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará.

O estudo apresenta uma série de informações relativas à responsabilidade jurídica de organizar e montar a futura Faculdade de Medicina do Ceará orquestrada a partir da criação do Instituto de Ensino Médico legalizado no dia 28 de Julho de 1947. Elenca o processo de transferência e mudança da sede da faculdade do centro da cidade para Porangabussu, o processo de construção do hospital universitário e seus prédios-núcleos, o papel da Santa Casa de Misericórdia e dos seus laboratórios como os serviços precursores daquela atividade hospitalar, os primeiros anos no Porangabussu, os ambulatorios, laboratórios e centros, o serviço de pacientes internos, o início das atividades do internato e da residência médica. Toda uma rede institucional vai sendo construída, formada e equipada diante de nossos olhos, e seguimos esse itinerário acompanhando o seu esboço, as suas nuances e a sua capilarização. As ações e as obras continuam. A formação de institutos como o Evandro Chagas e o de Medicina Preventiva, de fundações como a Júlio Pinto, a integração da faculdade à Universidade do Ceará, a criação de cátedras e sua posterior substituição. Em série vemos surgir e se desenhar, também, as nuances e os contornos daquilo que hoje conhecemos: a clínica

---

UFC. CASTRO, Josué de. **Reminiscências: a história de um professor em cinco vivências**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2012. Ver também, de uma contribuição mais próxima da experiências com os saberes e poderes geriátricos: NETO, Antero Coelho. **Palavras que valeram a pena: a educação e a saúde do brasileiro**. Fortaleza: ABC Editora, 2006. Sobre “ Os pilares da Faculdade de Medicina da UFC”, ver ALBUQUERQUE, Cláudia. **Waldemar do Ceará e dos Alcântaras**. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara, 2012. Ainda, do ponto de vista de uma história institucional, ver CASTRO NEVES, Frederico. GARCIA, A,K.M. SALES, T. C. **Médicos na Terra da Luz: AMC 100 anos**. Fortaleza: Associação Médica do Ceará, 2014.

medica, a Medicina interna, o clínico, a Cardiologia, a Hematologia, a Gastroenterologia a Endocrinologia, a Reumatologia, a Reumatologia, a Pneumologia, a Neurologia, a Dermatologia. Em seguida é exercitada uma crônica histórica acerca da terapia intensiva no Ceará, alguns casos como o velho do leito cinco e a ressuscitação são lembrados, professores eméritos são destacados. A Cirurgia e a Pediatria são contemplados em seguida, assim como o laboratório de Patologia Clínica, a Radiologia e a Anatomia Patológica. O relato sobre contribuição da Residência Médica finda a contribuição do autor. Ele salienta a questão da formação do residente como um dos “melhores produtos do ensino proporcionado pela Universidade Federal do Ceará” e ressalta a importância do retorno à Universidade desses ex-alunos na condição de formadores de médicos (GIRÃO, 1994).

De todas as informações, duas nos chamaram a atenção. A primeira é a narração acerca das disputas e interesses inscritos na transferência e a mudança da sede da Faculdade de Medicina do Centro de Fortaleza para Porangabuçu<sup>112</sup> onde está até hoje instalada.

A segunda informação é que, nesse ínterim, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará passou por diversas reformas curriculares. Numa delas, o Internato foi criado. Ele ocuparia o sexto ano do curso de Medicina. Em 2016, o Internato completa 54 anos de funcionamento. É sobre a criação do Internato e da Residência que extraímos as principais informações do livro de Célio Brasil Girão.

O segundo trabalho foi lançado por J.C. Alencar Araripe em 1958 e publicado em edição *fac-símile* em 2012. Araripe foi secretário da faculdade de medicina, diretor do “O Povo”, membro do Conselho Superior da Associação Cearense de Imprensa, sócio do sindicato dos jornalistas profissionais e do Instituto do Nordeste.

A obra *Faculdade de Medicina e sua ação renovadora* foi uma tentativa de documentar a vida da Faculdade de Medicina “para conhecimento e orientação das gerações atuais e das que vierem depois” segundo palavras do próprio autor extraídas

---

<sup>112</sup> Ver Matérias no Jornal o Povo sobre o Bairro Rodolfo Teófilo e o Porangabussu. A primeira matéria é de 12 de Junho de 2016. “Mobilidade: Rodolfo Teófilo terá área de trânsito calmo” sobre os novos aparatos de segurança viária instalados na primeira Área de Trânsito Calmo de Fortaleza. compreendida entre alguns cruzamentos urbanos do bairro e trechos próximos o Instituto do Câncer, a Biblioteca da Saúde da UFC e o Hospital Universitário Walter Cantídio. A segunda matéria é de 14 de Agosto de 2016 versa sobre os processos de urbanização e a especulação imobiliária. “Porangabuçu: Cheio de Saúde para novos negócios”. Com grandes e diversos equipamentos na área da saúde, além de investimentos em curso, o Porangabuçu desenvolve sua vocação para ser um polo no setor”. Ambas as matérias foram publicadas no Jornal o Povo.

pelo ex-reitor da UFC, Jesualdo Pereira Farias na apresentação feita à edição fac-similar sob o título: *Um documento que enriquece a nossa história*.

O estudo apresenta uma série de informações, discussões e embates sociais, culturais e políticos relativas à primeira década de atuação da faculdade de medicina da UFC, a ideia da sua fundação, a sociedade promotora dessa ideia, o apoio do então presidente da república, Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), o surgimento do Instituto de Ensino Médico, a instalação e a autorização para o funcionamento da faculdade, o primeiro vestibular que contando com 85 candidatos teve apenas 10 classificados, a abertura dos cursos no dia 12 de Maio de 1948 data incorporada, inclusive, ao Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFC, e as aulas de sapiência, o reconhecimento, os médicos formados pela faculdade, a repercussão cultural a partir da diplomação da primeira turma de médicos formados pela instituição em 1954<sup>113</sup>, o Hospital- Escola, a fundação Júlio Pinto, a federalização da faculdade, a criação da Universidade do Ceará e a integração da faculdade de medicina àquela instituição com o advento da lei n. 2373 de 17 de Dezembro de 1954, o conselho universitário e a faculdade, as relações entre o reitor e a faculdade, Porangabuçu, a faculdade ontem e hoje, os recursos financeiros em 1948 e 1958, a biblioteca, os diretores da faculdade, as cadeiras e o corpo docente, as cadeiras, as séries e os departamentos, os funcionários, o diretório acadêmico, os retratos e homenagens e o acerto de uma iniciativa.

Dessas informações nos chamou a atenção a questão a relação entre o primeiro vestibular ocorrido na instituição e a percepção do nível e da qualidade do ensino àquela época no meio cultural cearense. Num primeiro momento, Araripe assevera a relação entre as inscrições para o concurso, a composição da banca examinadora e a expectativa social e cultural acerca da lisura e da idoneidade moral e ética do certame.

A faculdade não devia decepcionar. Era necessário que correspondesse, na prova de fogo por que ia passar, ao carinho e ao apreço com que o povo a cercava. Justificava-se, assim, a preocupação dos seus dirigentes de dar ao primeiro concurso de habilitação um padrão de elevação e moralidade, que o colocasse acima de quaisquer suspeitas. Seria o exemplo pioneiro, que

---

<sup>113</sup> A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará fundada em 1948 em Fortaleza, formou 7.599 médicos até Julho de 2014. Em 2001, foram criados dois cursos no interior do estado: um na cidade de Sobral e outro na cidade de Barbalha, que formaram 317 e 309 médicos respectivamente. Este último curso faz parte agora da recentemente criada Universidade Federal do Cariri. Ver, nesse sentido. CAMPOS, Henry de Holanda (org) **Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde**: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2014.

haveria de produzir frutos opimos. A 24 de Abril, encerrava-se o prazo de inscrições, aberto 4 dias antes. Regularizaram os seus papéis para o vestibular, 85 candidatos, que disputariam as 60 vagas em que a matrícula estava fixada. Os exames prolongaram-se de 26 daquele mês a 5 de Maio. As bancas tiveram a seguinte constituição: Física: professores Codes y Sandoval, Aluísio Pinheiro e João Ramos; Química: professores Codes y Sandoval, Paulino Pinto de Barros e João Ramos; Biologia: professores Fernando Leite, José Fernandes e Ocelo Pinheiro. Como inspetor federal funcionou o Dr. Turíbio Mota. As provas orais, que se realizavam à noite, penetravam pela madrugada adentro. E foi numa dessas madrugadas – a de 6 de Maio – em que se proclamaram os resultados do concurso de habilitação: dos 85 candidatos, apenas 10 foram classificados! (ARARIPE, 2012:44)

O impacto e a repercussão daquela altíssima taxa de reprovação é reverberada, segundo o autor, de forma benéfica e otimista país afora e no Conselho Nacional de Educação. A infante instituição parece ali granjear apoio moral, social, cultural e político naquele longo e tortuoso caminho – o da responsabilidade institucional pela formação das novas gerações numa faculdade pública de ensino superior. É toda uma gramática da moral e cívica e dos bons costumes que ali é desfilada. O caso e o fenómeno são realmente sérios. Aquele péssimo resultado escancara o despreparo da juventude e a precariedade do ensino secundário. Nessa ocasião, cursos de preparação ao vestibular são formados para tentar amenizar aquela grave situação.

A notícia foi uma bomba. Nunca se registrara tanta reprovação em Fortaleza. Escola Nova, com poucos recursos, lógico que se interessasse em começar com maior número de alunos, que lhe trariam, por igual, maior rendimento. Se prejudicava tanta gente, é que mais alto do que as suas conveniências financeiras, falara e se impusera o nobre princípio da decência e seriedade dos exames. O próprio diretor do ensino superior dá comunicação do vestibular ao Conselho Nacional de Educação, elogiando, na ocasião, o procedimento nobre e apontando-o como exemplo ao resto do Brasil. A faculdade firma conceito. Aqui e no sul do país, é citada como modelo. Faz-se sentir, no meio cultural cearense, a sua influência benéfica. Vem à balha a falta de preparo da juventude e discute-se sobre a deficiência do ensino secundário. Formam-se cursos de preparação ao vestibular. A arrancada da Faculdade era um grito de alerta aos que tinham responsabilidade na formação das novas gerações. (ARARIPE, 2012; 44)

O efeito moralizador vem ilustrado aritmética e estatisticamente, logo em seguida. Ao final dos dados é feita uma comparação com outras escolas do ensino superior e é destacado a superação do certame em relação à Faculdade de Direito.

Vieram, nos anos seguintes, outros concursos de Habilitação. Não saíram da trilha moralizadora aberta pelo primeiro. Em 49, inscreveram-se 54, são aprovados 10. Faz-se o segundo vestibular, com 15 candidatos, 6 dos quais são classificados. Em 50, apresentaram-se 44 e passam 10; em 51, o mesmo número de candidatos, mas os aprovados chegam a 12; em 1952, do contingente de 48, ingressam na primeira série 19; em 53, de 82, 30; em 54,

de 105, 24; em 55, de 116, 35; em 56, de 134, 32; em 57, de 161, 49; em 58, de 200, 12, no primeiro vestibular, e de 147, 50, no segundo. Este ano, a inscrição de candidatos foi a maior, não só na vida da faculdade, como em confronto com as demais escolas superiores. Até a Faculdade de Direito ficou suplantada. O número de matriculados, em consequência, atingiu o coeficiente mais alto. (ARARIPE, 2012 ; 44)

Em seguida o autor retrata o corpo discente a partir da comparação entre a composição sexual dos estudantes de medicina da UFC com a “regra geral” brasileira e mundial e “exceção”, a União Soviética, na época.

Hoje, o corpo discente da faculdade é de 246 alunos, 183 homens e 63 mulheres. O Ceará não foge, assim, à regra geral do Brasil e do mundo: os estudantes de sexo masculino ultrapassaram de muito os do sexo feminino. A exceção é a União Soviética, onde as mulheres que estudam Medicina são três ou quatro vezes mais numerosas do que os homens. (ARARIPE, 2012 ; 45)

Uma informação diplomática nesses tempos de Mais Médicos também despertou a nossa curiosidade. A faculdade contava em 1958 com quatro alunos estrangeiros por conta de um convênio cultural com o Itamaraty. Três peruanos e um boliviano.

As atividades no campo da Medicina Preventiva, Saúde Pública, Saúde Comunitária e Epidemiologia, na UFC tiveram sua emergência no Instituto de Medicina Preventiva da Universidade – instituição precursora do atual Departamento de Saúde Comunitária – dentro do contexto nacional e internacional do movimento preventista iniciado nos anos 1950/1960, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>114</sup>

E trazendo essas informações históricas para o momento presente, a Liga de Anatomia e Cirurgia da Universidade Federal do Ceará informou pelas redes sociais, no dia 6 de Setembro de 2016, aquilo que considera ser um marco para a história do ensino de morfologia e para o avanço da anatomia no estado do Ceará.

Hoje, a Liga de Anatomia e Cirurgia da UFC comemora esse avanço para a anatomia do nosso estado. \*Notícias da Conselho Estadual de Distribuição de Cadáveres para fins de Ensino\* \*(CEDICE)\* dada pelo prof. Renato Evando - presidente\* "Caros colegas. Boas notícias. A Secretaria de Ciência e Tecnologia agendou para as 9h - 14/09 (quarta-feira), na Sala de Reunião da PEFOCE, a posse da comissão que forma o Conselho Estadual de Distribuição de Cadáveres para fins de Ensino". Grande vitória do ensino da Morfologia do Ceará. Todos os professores e alunos da UFC estão convidados. Ass.: Prof. Erivan Façanha (vice-presidente do CEDICE)

---

<sup>114</sup> Ver CUETO, Marcos. **O valor da Saúde**: história da organização pan-americana da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Uma informação que é saudada como um marco na história do ensino e que repercute na estrutura e no funcionamento da faculdade de medicina, nosso próximo tópico a ser discutido, no âmbito do ensino da morfologia e da anatomia.

Passada em revista brevemente a história da educação médica da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará, vejamos agora dentro de que estrutura ela funciona.

## **2.10 A estrutura e o funcionamento curricular da Faculdade de Medicina da UFC**

Visto que nosso trabalho investiga as Ligas Acadêmicas e a educação médica pondero agora em qual espaço curricular essas relações se inscrevem. O portal eletrônico do curso de Medicina da UFC afirma que "A missão do Curso de Medicina é graduar o médico, através de metodologias de ensino adequadas e em ambientes apropriados, proporcionando-lhe formação compatível com os vários níveis de atenção à saúde e conhecimento técnico, científico e humanístico, que o capacite a identificar, conhecer, vivenciar os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade e a participar da solução dos mesmos, agindo com criatividade, espírito crítico-científico e de acordo com princípios éticos".

Qual o perfil e o modelo de médico é projetado e se espera de um estudante de medicina? Quais as competências e habilidades deverão ser exercitadas e incorporadas ao longo da sua formação para que ele se torne esse médico? A página do curso<sup>115</sup> informa que:

O futuro médico a ser formado na UFC deve possuir uma formação geral e sólida. Ou seja, uma formação abrangente e sólida nos três níveis de atuação. Possui qualificação para resolver os problemas associados às doenças mais prevalentes. Possui preparo para trabalhar, também, em comunidades com recursos médicos limitados. Possui sabedoria para encaminhar os casos que extrapolam as suas condições em resolvê-lo. Tem conhecimento da cultura médico-popular<sup>116</sup>.

---

<sup>115</sup> Ver. <http://www.medicina.ufc.br/estrutura-curricular/23-perfil-do-medico>

<sup>116</sup> Durante uma visita pessoal à biblioteca da Faculdade de Medicina da UERJ, no Pré-COBEM, evento que preparou o 53 COBEM em Novembro de 2015, percebi a questão da institucionalização disciplinar dos saberes e poderes que circunscrevem o campo médico. Pelo menos, no que diz respeito a localização temática nalgumas bibliotecas universitárias. Instada sobre a parte da biblioteca que continha livros ligados às áreas de humanas, históricas e sociais, a secretaria da biblioteca pronta e naturalmente me respondeu: "Essa parte não fica aqui. Fica lá no Instituto de Medicina Social".



Ele dever ainda ser comprometido com as Transformações da Sociedade. Isto é, conhecer a realidade socioeconômica-cultural do meio em que atua, principalmente daqueles aspectos ligados à saúde. Possui visão holística do ser humano. Analisa permanentemente o ambiente em que atua, aproveitando as oportunidades para propor implantação de alternativas que conduzam a uma sociedade mais sadia e justa. Outro comprometimento do médico deve ser com a Defesa da Vida. Assim, ele dever desenvolver as suas atividades e toma decisões pautadas a partir de valores e convicções éticas e morais. Ajuda os parceiros a guiarem-se por valores éticos e morais. Sente-se gratificado em prestar atendimento ao enfermo. Pesquisa soluções que reforcem a defesa da vida. Destaca-se como parceiro das pessoas em busca da saúde. Comprometido ainda descer estar e ser o médico com o autodesenvolvimento. Nesse sentido é fundamental que assuma o compromisso de manter-se atualizado, adotando sempre uma atitude crítica e de busca de aperfeiçoamento pessoal e profissional. Incentiva o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores. Ser cooperativo também está entre os preceitos deontológicos dessa formação acadêmica e profissional. Para tanto a grade curricular dever habilitar o futuro asclepiano com a capacidade hipocrática de trabalhar em equipe, inclusive interdisciplinar, e sabe valorizar o trabalho e o esforço de todas as pessoas do seu grupo, na busca da saúde. Com base nas situações surgidas em sua área de atuação, tem condições de perceber quando e como deve assumir a liderança da situação e, também, quando deve assumir o papel de liderado. Compartilha recursos e ideias e estabelece as parcerias necessárias para o sucesso do seu trabalho em grupo.

Aliado aos pontos, quesitos e critérios supracitados dever ser o médico alguém criativo, dotado de capacidade analítica e capaz de tomar decisões. Tem discernimento na análise das diferentes situações; inova na apresentação de alternativas e determina o curso de ação com agilidade na resolução de problemas; propõe as soluções mais adequadas.

Entende-se o currículo de um curso de graduação como um conjunto planejado de atividades que conduzem os alunos ao longo do período de formação; é o processo mediante o qual uma Instituição cumpre sua missão. O currículo envolve, portanto, todos os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem e não se restringe à mera grade de disciplinas.

O Currículo é visto, portanto como um processo dinâmico, nunca cristalizado, em permanente construção, que requer, para a sua implantação e adequado desenvolvimento, acompanhamento e aperfeiçoamento, com participação ativa de todos os envolvidos em quaisquer de suas atividades.

O principal objetivo de toda a formação acadêmica, profissional e da grade curricular é a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Nela o ser humano é sempre visto em sua dimensão física e mental durante as várias etapas de seu desenvolvimento. O novo currículo visa capacitar o aluno a prestar uma assistência integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo para tal requisitar os serviços de outros profissionais de saúde. Esse médico atende o paciente no contexto de sua família e a esta no contexto da comunidade, sendo, portanto, capaz de proporcionar a maior parte dos cuidados de que necessita um paciente, depois de considerar sua situação cultural, socioeconômica e psicológica.

O currículo é centrado no aluno, visando o seu pleno desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e competências e valorizar a satisfação do paciente como indicador de seu desempenho profissional e da qualidade do sistema de saúde, que ele deverá conhecer em profundidade, uma vez que dele passará a fazer parte. Horários livres para estudo traduzem uma maior racionalidade obtida com a estruturação modular do currículo, melhor aproveitamento do tempo e atendimento a uma necessidade do estudante. Carga horária poderá ser atribuída como incentivo às atividades de pesquisa, de extensão e de iniciação à docência.

A formação ética passa a ser também valorizada, bem como outras questões relacionadas ao exercício profissional e às relações com associações de classe. A visão holística do paciente determina atenção às questões ambientais, às doenças relacionadas ao trabalho e temas atuais, como as diversas formas de violência e a adição às drogas.

A definição da estrutura do currículo permitirá ao estudante participar ativamente de sua formação, já que cerca de 20% da grade será formado por disciplinas opcionais, traduzindo a flexibilidade do modelo. Essa característica permitirá também, através de um sistema de avaliação permanente, ajustes e modificações do currículo definidos por grupos docentes, numa visão multidisciplinar.

Pretendemos que o processo de avaliação assuma, progressivamente, um caráter mais educativo, possivelmente revestido de maior rigor, já que definido por objetivos de aprendizagem, e também valorizado em seu caráter formativo, possibilitando ao estudante corrigir suas deficiências ao longo do módulo ou disciplina. Torna-se imperativo que a avaliação estruturada se estenda também ao Internato, desenvolvido em dois anos, o que tornará a formação mais eficiente, devendo constituir também um período de consolidação de atitudes e habilidades dos estudantes e de pleno domínio dos instrumentos que garantirão a sua educação continuada.

Dentre as principais características e a estrutura geral do curso de medicina destacamos a sua divisão e especialização curricular em 12 semestres com um período letivo de, pelo menos, 100 dias. Os conteúdos essenciais (nucleares) obrigatórios estão contidos nos módulos sequenciais, nos módulos longitudinais (Desenvolvimento Pessoal e Assistência Básica em Saúde), e no Internato. Os conteúdos complementares são oferecidos em disciplinas eletivas.

O primeiro contato dos alunos com a UFC e a Faculdade de Medicina ocorrerá no módulo "Educação e Medicina" que está sob a responsabilidade da Coordenação do Curso e contará com a participação do Centro Acadêmico XII de Maio.

A atividade do internato de dois anos representa uma importante conquista do Currículo. Esta é uma antiga reivindicação dos alunos, com ampla aceitação entre os professores. Como parte do Programa de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina, a avaliação do Internato, realizada em julho de 2000, recebeu, de um grande número de alunos, a sugestão do Internato em 2 anos, sendo também apontado em muitos casos como fator de melhoria da qualidade do processo ensinoaprendizagem naquele período do Curso. Depoimentos dos Internos foram determinantes, para que o Currículo proporcionasse o Internato de dois anos.

Um dos grandes dilemas da educação médica a ser superado é a dissociação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, cuja integração deve ser promovida progressivamente. No ciclo básico, a estratégia é inserir nos conteúdos dos módulos aspectos clínicos, especialmente ligados à semiologia clínica e diagnóstica dos diversos sistemas orgânicos.

Por outro lado, temas das disciplinas básicas devem ser retomados sempre que necessário no ciclo clínico; dessa forma, professores de um ciclo podem, e devem,

ser convidados pelos coordenadores dos módulos a participarem de módulos do outro ciclo. A integração básico-clínica também pode ser favorecida pela implementação de disciplinas eletivas.

É reconhecido que conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos em trabalho interdisciplinar ficam retidos por tempo prolongado e sua recuperação, em momento oportuno, torna-se facilitada. No presente currículo, a integração se torna possível pela organização dos assuntos por sistemas dispostos em módulos consecutivos, nos quais várias disciplinas contribuem de forma harmônica para alcançar os objetivos propostos. A organização por sistemas está sendo adotada por outras escolas no País, como a Escola Paulista de Medicina, e fora do país, como a Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard.

Nos dois primeiros semestres, a integração mais forte é entre as disciplinas de Anatomia, Histologia e Embriologia, Fisiologia, Farmacologia e Bioquímica. No terceiro semestre, ocorre a integração entre Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e Patologia, podendo estender-se para a Epidemiologia. O quarto semestre representa uma ligação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, em que temos a integração entre Anatomofisiopatologia, Farmacologia e Semiologia. No ciclo profissional, a integração se dá mais fortemente entre as abordagens clínica e cirúrgica dos temas. Nos módulos longitudinais, busca-se a integração entre as disciplinas nos semestres consecutivos e também com os módulos sequenciais.

A estrutura modular do curso é definida. Os módulos são as unidades didáticas formadas por disciplinas, que trabalham de forma articulada. O currículo é organizado a partir de dois tipos de módulos: Os módulos sequenciais em que se desenvolvem um por vez no ciclo básico, enquanto que, no ciclo profissional, dois módulos se desenvolvem simultaneamente. Os módulos longitudinais complementam os sequenciais. O módulo longitudinal de Desenvolvimento Pessoal reúne assuntos relacionados aos aspectos humanísticos da Medicina, enquanto que o de Assistência Básica em Saúde agrega aspectos da Saúde Coletiva e da Atenção Básica. Os módulos têm uma pequena carga horária semanal (4h cada módulo), ao longo de todo o Curso, de modo a garantir um contato permanente do aluno com estes temas de forma contínua, consistente, articulada internamente e com as outras atividades do Curso, favorecendo a sua progressiva incorporação para a vida profissional.

Os módulos longitudinais, por sua vez se subdividem em: Módulo de Desenvolvimento Pessoal,

Módulo de atenção básica em saúde e módulos optativos. Os primeiros agregam as disciplinas relacionadas à Ética, à Psicologia e às Ciências Sociais e tem por objetivo estimular nos alunos o compromisso com a defesa da vida, para que possam desenvolver suas atividades e tomar decisões a partir de valores e convicções éticas e morais. Isto requer não só a aquisição de conhecimentos mas, principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam uma visão integral do ser humano. Nesse módulo, semanalmente, parte da carga horária será reservada para atividades de "vivências", durante as quais os alunos terão a oportunidade de expressar seus interesses, dificuldades, motivações, dúvidas ou propor temas para discussão em grupo. Os objetivos propostos extrapolam os limites do módulo e devem perpassar todas as atividades que compõem o currículo do Curso de Medicina.

A continuidade do módulo se faz a cada semestre, com as seguintes disciplinas: Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina; Psicologia do Desenvolvimento Humano; Saúde, Cultura e Sociedade; Psicologia Médica; Bioética e Cidadania; Psicopatologia; Saúde Comunitária; e Medicina Legal e Deontologia Médica. No Internato, serão realizados seminários de Bioética e Grupos Balint para discussão de situações ou assuntos relacionados à Ética Médica.

Já os módulos que abordam a atenção básica em saúde dialogam com os temas relacionados à Medicina Social e à Atenção Primária e Secundária em Saúde, objetivando o conhecimento da realidade socioeconômica-cultural do nosso meio, principalmente os aspectos ligados à saúde, de modo que os alunos desenvolvam uma visão coletiva destes problemas, como parceiros das pessoas em busca da saúde e contribuam para uma sociedade mais sadia e justa. O objetivo maior é tornar o médico um cidadão comprometido com as transformações da sociedade. Nesse módulo, fica privilegiada a prática médica ao nível primário e secundário de atenção à saúde, em integração com o Sistema Único de Saúde, em acréscimo às oportunidades de treinamento ao nível terciário, que já se desenvolve nos hospitais universitários. Os objetivos do módulo, à semelhança do descrito para o módulo de Atenção Básica em saúde, extrapolam os limites de sua carga horária e devem ser buscados em cada um dos módulos sequenciais.

O Módulo de Atenção Básica em Saúde se desenvolve a cada semestre, através das seguintes disciplinas: Fundamentos da Prática e da Assistência Médica; Diagnóstico de Saúde da Comunidade; Epidemiologia e Bioestatística; Medicina Preventiva; Atenção à Saúde da Criança; Atenção à Saúde da Criança e da Gestante; Assistência Básica à Saúde do Adulto I; Assistência Básica à Saúde do Adulto II; e Internato em Saúde Comunitária.

Finalmente, os módulos optativos abordam conteúdos complementares e garantem a necessária flexibilidade ao Curso, conforme preceito das diretrizes curriculares da ABEM/MEC. Devem ser oferecidas disciplinas com carga horária de 20 a 40 horas, nas 2 últimas semanas do semestre, e os alunos devem cumprir 60 horas em cada um dos semestres, do 5º ao 8º.

Até 25% da carga horária dos módulos optativos poderá ser atribuída a atividades de pesquisa e de extensão, condicionadas a efetivo acompanhamento e avaliação.

## **2.11 O Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica da UFC**

O Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica – NUDEM – é um órgão vinculado à Diretoria da Faculdade de Medicina e é regido pelas normas internas e pelas disposições do Estatuto e Regimento da UFC. Dentre os objetivos gerais do Núcleo estão a promoção do desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão direcionados ao aprimoramento da Educação Médica e a prestação de assessoria aos Órgãos colegiados e diretivos da Faculdade de Medicina em assuntos relacionados ao Ensino Médico.

No que diz respeito aos objetivos específicos do NUDEM estão: elaborar o projeto de um novo currículo para o Curso de Graduação em Medicina; apoiar docentes, discentes e técnicos na elaboração e desenvolvimento de projetos de ensino ou de pesquisa ou de extensão relacionados ao ensino médico, bem como na análise dos dados e publicação dos resultados; formar grupos de estudo e promover eventos sobre metodologias de ensino-aprendizagem, currículo, integração ensino, serviço e comunidade, avaliação, e outros; estimular, acompanhar e avaliar a aplicação de metodologias educacionais inovadoras; promover a avaliação e a atualização do

modelo pedagógico; propiciar condições para a capacitação pedagógica dos docentes; articular a implantação de serviço de orientação psico-pedagógica para discentes e docentes; articular-se externamente com outras instituições; estabelecer vínculo com a CINAEM e assim manter articulação nacional; captar recursos para financiamento das atividades propostas.

Sobre o antepenúltimo e o último objetivo específico do Núcleo de Educação Médico ressaltamos a parceria institucional com o Instituto FAIMER da Filadélfia nos Unidos. Essa parceria consta em duas notas de rodapé em nossa investigação e figura nas referências bibliográficas através de uma coletânea organizada pelo atual reitor da Universidade Federal do Ceará, Henry de Holanda Campos, um dos fundadores e coordenadores do NUDEM/UFC.

## **2.12 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**

Nesse tópico ilustraremos um exemplo de projeto da faculdade de medicina exercido em parceria com gestores e poderes públicos municipais, estaduais e federais para que se possa aproximar a ideia de uma prática envolvendo as relações entre a universidade e a sociedade.

O projeto da Faculdade de Medicina foi elaborado por um grupo de trabalho formado por professores e estudantes, ouvidos os gestores do Sistema Municipal de Saúde. Devido à exiguidade de tempo disponível para a elaboração do projeto, a experiência do PROMED constituiu-se num suporte fundamental para a definição de operações e estratégias, com base em material previamente obtido por meio de oficinas e reuniões envolvendo profissionais de saúde do serviço, desde 2003. Construiu-se uma matriz de operações correlacionando-as aos 9 vetores dos 3 eixos do PRO-SAÚDE. Observamos uma grande inter-relação entre as operações e os vetores/eixos e, conseqüentemente, uma determinada operação potencialmente gerará impactos em mais de um vetor. O projeto foi estruturado em 11 operações nomeadas a seguir: Revisão dos módulos; Disseminação de dados epidemiológicos e gerenciais; Compartilhamento de necessidades de pesquisa; Elaboração de protocolos de atenção à saúde; Instituição de Programa de Educação Permanente; Diversificação dos espaços de ensino-aprendizagem; Estruturação do ensino de habilidades clínicas e



profissionalismo médico; Planejamento do Módulo de ABS; Reestruturação do CRUTAC; Integração da FMUFC ao SUS; Avaliação do programa e de estudantes.

Na UFC, os projetos dos Cursos de Medicina e Enfermagem foram aprovados e a execução destes prevê a inclusão dos dois outros cursos da área da saúde, Odontologia e Farmácia. Acreditamos que o impacto das ações desencadeadas pelo PRÓ-SAÚDE seja decisivo na formação de médicos, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos na UFC.

Dentre as atividades desenvolvidas, por ocasião da visita de acompanhamento do Ministério da Saúde, em novembro de 2006, foi constituída uma única Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Pró-Saúde para os dois projetos Pró-Saúde da UFC: Medicina e Enfermagem. A comissão é composta por docentes e discentes dos dois cursos, representantes da gestão municipal, representantes do Conselho Municipal de Saúde e um representante de cada Curso de Medicina dos campi de Sobral e do Cariri.

Analisando o projeto do Pró-saúde e contexto atual da inserção da graduação na rede do SUS, a Comissão definiu duas operações como prioridades para 2007, as ações correspondentes e as estratégias a serem adotadas.

A articulação com os profissionais, especialmente os das Equipes de Saúde da Família, é ponto fundamental para o desenvolvimento do Projeto e, por princípio, é diretriz a ser respeitada em todas as atividades a serem realizadas, pois somente dessa maneira poderemos construir uma parceria real entre academia e serviço. Para ampliação dos espaços de ensino-aprendizagem, a comissão considerou que a montagem de ambulatório didático poderia contribuir significativamente, como ponto estrutural básico. Ainda não iniciamos esta etapa do projeto, pois são poucas as unidades com disponibilidade de espaço físico e precisamos equacionar esta dificuldade. Como etapa inicial para a disseminação de informações epidemiológicas e gerenciais, foi priorizada a montagem da sala de situação, levando-se em conta o interesse para a gestão e para o ensino. Para tanto foram disponibilizados os equipamentos de informática necessários.

Mapeando as operações, ações e estratégias desenvolvidas assim como os relatos sobre essas experiências, uma ilustração da “devolutiva” a sociedade em forma de pequenos sumários de informações.

Dentre as operações figuraram a ampliação e a diversificação dos espaços de ensino-aprendizagem; além da Disseminação de informações epidemiológicas e gerenciais. No quesito ações, foram realizadas: a montagem da sala de situação em unidades selecionadas; a montagem de ambulatório didático e articulação com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF).<sup>117</sup>

No quesito *estratégias* foi realizado um levantamento das necessidades das unidades. O relato institucional indica que a Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, realizou levantamento das Unidades Básicas de Saúde, visando diagnosticar a situação de inserção de ensino nas unidades, envolvendo ensino das profissões de saúde no nível superior e médio, bem como as necessidades para adequação destas atividades. Estes dados foram completados nas visitas realizadas, visando selecionar as unidades para iniciar o apoio do Programa Pró-Saúde. O Sistema Municipal de Saúde Escola determinou que a inserção dos alunos dos Cursos da Saúde da UFC ocorresse, preferencialmente, nas Regionais I, III e V.

Visitas às unidades básicas de Saúde das Regionais I, III e V foram realizadas às unidades pré-selecionadas pelos coordenadores de atenção básica das Secretarias Regionais I, III e V, na perspectiva de divulgar o Pró-Saúde e analisar as condições estruturais e técnicas para inserção de alunos, como número de Equipes de Saúde da Família completas e incompletas, espaço para instalação de sala de situação e para ambulatório didático e outros dados. Os coordenadores e profissionais contatados demonstraram grande interesse pelo Programa Pró-Saúde e apontaram como dificuldade o exíguo espaço dos consultórios e a grande demanda de atendimentos.

Relata-se ainda que nas reuniões com coordenadores de unidades nas regionais das Unidades das Regionais I, III e V, foram realizadas em cada regional para divulgar o Pró-Saúde e dar continuidade ao processo de seleção das unidades e, ainda, com o objetivo de preparar e convidar os profissionais para Oficina de preparação do Pró-Saúde e, finalmente, a Seleção das unidades para início do programa

Após todas estas etapas foram selecionadas as seguintes unidades: SER I (3 unidades): CS da Floresta, CS Casemiro Filho, CS Francisco Domingos da Silva;

---

<sup>117</sup> Sobre uma análise sociológica e política do Programa Saúde na Família no contexto da Reforma Sanitária do Ceará, ver: Abu – El – Haj, Jawdat. **A mobilização do capital social no Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará.** São Paulo: Annablume, 1999.

SER III (3 unidades): CS Anastácio Magalhães, CS César Cals e CS Waldemar Alcântara; SER V (2 unidades): CS José Paracampos, CS Maciel de Brito; SER IV (1 unidade): CS Oliveira Pombo; Uma unidade de saúde em Sobral e uma unidade de saúde em Barbalha .

Em seguida foi empreendida a montagem da Sala de Situação. Para essa montagem foram disponibilizados os seguintes equipamentos de informática abaixo discriminados. A SMS ficou com a contrapartida de viabilizar, com recursos do PRÓ-ESF, a infra-estrutura da sala, como ar condicionado, cadeiras, etc., ainda, disponibilizar um funcionário para implantação e manutenção dos dados epidemiológicos. Sob a coordenação da SMS, um treinamento está sendo desenvolvido para um técnico por unidade. Tal treinamento já está sendo ampliado aos preceptores da Residência em Saúde da Família, muitos dos quais também são preceptores dos internos em Saúde Comunitária.

Equipamentos: Computador, Projetor Multimídia, Vídeo DVD Player, Impressora multifuncional, Mesa para computador e Estabilizador.

Realizou-se ainda uma oficina de Integração da Graduação ao SUS abrangendo os Cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia e os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) das Regionais I, III e V, nos dias 3 e 4 de julho de 2007, cada dia para metade dos convidados. A Oficina teve como objetivos, além de sensibilizar os profissionais das ESF, identificar os objetivos de aprendizagem a serem alcançados nas Unidades de Saúde e relacioná-las a atividades das ESF e, ainda, identificar possibilidades para integração multiprofissional. Para subsidiar as discussões foram apresentados o Programa Pró-Saúde e os aspectos comuns das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Tivemos uma frequência bastante expressiva, pois contamos com o apoio da SMS que possibilitou a participação dos profissionais. Participaram do evento 46 docentes, profissionais e estudantes da Medicina; 46 docentes, profissionais e estudantes da Enfermagem; 30 docentes e profissionais Cirurgiões Dentistas e também 07 Farmacêuticos da SMS e docentes.

Aspectos relevantes para o fortalecimento da parceria foram apresentados e, inclusive, apontados tópicos de capacitação docente para os preceptores. O

cadastramento dos preceptores está sendo iniciado para fins de reconhecimento e de articulação de um programa de educação permanente.

E, levando em consideração a estrutura curricular da Faculdade de Medicina da UFC foi promovida a Inserção da graduação na rede do SUS. No currículo da FM/UFC, em cada semestre, do primeiro ao oitavo, existe um módulo longitudinal para inserção da graduação à rede do SUS: Fundamentos da Prática e da Assistência Médica (68h); Diagnóstico da Saúde da Comunidade (72h); Epidemiologia e Bioestatística (72h); Saúde Comunitária (72h); Assistência Básica à Saúde da Criança (64h); Assistência Básica à Saúde da Criança e da Gestante (64); Assistência Básica à Saúde do Adulto I (64h); Assistência Básica à Saúde do Adulto II (64h). A carga horária total é de 540 horas, com 4 horas semanais por aluno, nos 8 semestres. Para o desenvolvimento desses módulos, contamos com um contingente muito reduzido de docentes. Esses módulos se tornam possíveis pela colaboração de muitos profissionais da rede do SUS. A intensidade de inserção no serviço, a supervisão e a satisfação dos estudantes também são bastante variáveis. Há necessidade de melhor articulação entre estes módulos, para que se obtenha uma inserção do aluno em atividades de complexidade crescente e para melhor aproveitamento da carga horária. O processo de re-estruturação dos módulos já foi iniciado e deverá ser retomado, com a participação dos preceptores das unidades que recebem estudantes. O internato em Saúde Comunitária tem a duração de 6 meses, sendo 3 meses nas unidades básicas da rede do SUS, em Fortaleza, e, além disso, um mês de CRUTAC, um mês de Emergência e um mês de estágio eletivo em alguns serviços especiais (CAPS, Dermatologia, e outros). A carga horária é de 1040 horas. O CRUTAC envolve os estudantes de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia e atualmente tem como municípios atuantes: Carnaubal, Guaiuba, Maracanaú, Maranguape, Mulungú, Quixeramobim, São Gonçalo do Amarante, Sobral, Banabuiú, Eusébio, Iguatú, Umirim, Nova-Russas, Pacatuba, Ibareta e Pacajus.

### **2.13 LXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM)**

Com o tema “Educação Médica e cuidados na saúde: uma rede em movimento” ocorreu entre os dias 7 a 10 de Novembro de 2015, no Rio de Janeiro o 53

COBEM<sup>118</sup>. Discutindo a temática do encontro aconteceu atividades simultâneas, garantindo a participação de todos os congressistas. A comissão organizadora do 53º Congresso Brasileiro de Educação Médica está trabalhando para que, além da programação científica, política e institucional, o COBEM possa também contemplar outros aspectos transdisciplinares como cultura, arte, filosofia e humanismo, fundamentais quando se quer formar um profissional ético, crítico, reflexivo e humano.

A distribuição das atividades do congresso teve, nos 04 (quatro) dias do evento, as seguintes Linhas Básicas da Programação: Cursos pré-congresso; Solenidade de Abertura; Conferências; Mesas de Debates; Painéis; Apresentações de pôsteres e orais; Fóruns; Oficinas; Reuniões dos Conselhos Regionais da ABEM; Assembleia Geral Ordinária da ABEM.

Os temas abordados em conferências, fóruns e oficinas foram os seguintes: Desenvolvimento e capacitação docente; O médico docente e o docente não médico; A educação permanente de professores e profissionais para o ensino médico; Ferramentas para a preceptoria em MFC para graduação e residência; Medicina baseada em evidências: como fazer?; Como criar um currículo baseado em competências? O que estou ensinando? E o que estão me ensinando?; Mas e a saúde mental, onde fica?; Dimensão humanística & dimensão espiritual do cuidado; Empatia: quando trocar de lugar ensina; Contribuições da narrativa na formação do estudante de medicina; Qualificação e estruturação do ensino voltado para a APS; A influência dos conceitos de saúde no currículo médico; A saúde coletiva na formação médica; As práticas complementares e integrativas na formação médica; O método clínico centrado na pessoa (MCCP); O ritmo e a comunicação clínica: diálogo entre a música e o método clínico centrado na pessoa; Metodologias ativas de ensino-aprendizagem Ambiente virtual de aprendizagem + ensino virtual + telessaúde: propostas para a contemporaneidade; Habilidades de comunicação; Oficina de competências para a APS – a prática generalista (MFC) na graduação; O Pet-Saúde como possibilidade de

---

<sup>118</sup> O primeiro COBEM foi realizado entre os dias 21 e 25 de Agosto de 1963. Sediado em Recife/PE, foi aberto com uma conferência de Gilberto Freyre intitulada: **Medicina e Sociedade**. O tema do encontro foi **Pedagogia Aplicada à Medicina – Internato e Residência..** Participei do 53º COBEM realizado no Rio de Janeiro/RJ entre os dias 7 e 10 de Novembro de 2015. Ele teve como tema **Educação Médica e Cuidados na Saúde: uma Rede em Movimento**. O 54º foi realizado entre os dias 12 e 15 de Outubro de 2016, em Brasília/DF. Seu tema foi **Ensinar e Aprender Medicina: Desafios do Presente e Expectativas do Futuro**. A lista dos temas de todos os encontros pode ser visitada em <http://abem-educmed.org.br/congressos/>

integração teórico-prática; Integração ensino-serviço na formação dos profissionais da saúde; Extensão universitária – de quem e pra quem é a universidade?; Ligas acadêmicas; Características dos estudantes de medicina Políticas de assistência e permanência estudantil; Ideologia institucional e influência na formação da identidade profissional dos estudantes; Modelos e experiências de intercâmbio para estudantes de medicina; Formação médica e qualidade de vida do estudante; Interculturalidade, direitos humanos e gênero: inclusão do debate na formação acadêmica; Cenários de aprendizagem: as parcerias público-privadas; As diferentes estratégias de formação para o estímulo à interiorização da saúde; Importância do internato rural no estímulo à interiorização do acesso à saúde; Desafios da pesquisa científica universitária intra e extra muros; Expansão das escolas médicas; Políticas de provimento: mais médicos/PROVAB e serviço civil obrigatório; Avaliação institucional – SINAES; Ferramentas de avaliação interna e externa e o acesso aos programas de residência médica.

O público-alvo é tradicionalmente <sup>119</sup> composto por diretores de escolas médicas, coordenadores de cursos de medicina, membros dos Núcleos Docentes

---

<sup>119</sup> Sobre um dos aspectos “ genealógicos” tradição na Medicina, diz Pedro Nava no seu Baú de Ossos ao abordar as famílias de médicos no Brasil. “ Na Medicina, a história de nossas Faculdades se confunde um pouco com a de certas famílias de médicos. Basta citar as “capitanias hereditárias” da nossa federal. ( NAVA: 2005:173). Outros caminhos genealógicos pode correr paralelamente a essa avenida geracional principal. Exemplo disso é o relato do próprio Nava nas quais podem ser encontradas as influências na vocação médica do pai de Nava. A referência também está no Baú de Ossos. “ Além de genealogista, o tio Itrício era hábil curião. Vivía sugerindo tratamento, receitando mezinhas e aconselhando as pílulas de Matos ( invenção milagrosa do boticário cearense Antônio José de Matos). Não estou longe de imaginar que a vocação médica de meu Pai – filho de comerciante, enteado de notário – tivesse vindo do contato com seu tio.” (NAVA, 2005? 39). Alguns momentos e influências diversas e específicas compuseram o desejo de Nava em seguir a Medicina. Parentes e professores escolares estão nesse elenco. Nalgumas ocasiões é o disparar, uma dica numa conversa informa que o ajuda a definir uma área dentro do campo médico. É o que podemos dessa vez em seu Beira Mar. “ O Horta falava com entusiasmo da Anatomia. Descrevia suas manhãs passadas no Anfiteatro para onde corria outra vez, logo que a repartição fechava e onde ficava dissecando até à noite descer. Aconselhou-me fazer o mesmo quando chegasse ao segundo, ao terceiro ano e devo talvez àquela conversa na repartição minha paixão futura pela anatomia e indiretamente, a influência desta quando, muito mais tarde, escolhi uma especialidade essencialmente morfológica como é a Reumatologia. “ ( NAVA, 1979: 37).

Sobre a problematização do conceito de ‘ Conversação” em Gabriel Tarde posto em diálogo conceitual com Mikhail Bakhtin, ver LAZZARATO, Maurício. **As Revoluções do Capitalismo: a Política do Império**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. Autor destaca ainda as influências e relações de Henri Bergson e Gabriel Tarde frente a novas possibilidades de definições, estudos e pesquisas sobre o cérebro, a atenção e a memória na Biologia. Por exemplo, as atividades da memória e da atenção em relação à “ potência de atualização e de repetição”. Ou ainda a memória, o tempo e suas modalidades de ação: o virtual e o real. Um documento histórico acerca dos debates epistemológicos nas quais se inscreve o campo neurocientífico, pode ser visto em BERTHOZ, Alain (org). **Lições sobre o Corpo, o Cérebro e a Mente: as raízes das ciências do conhecimento no Collège de France**. São Paulo: EDUSC, 2005. Outra forma de acionar os estudos na área pode ser vista em VIGOTSKI, Lev S. A

Estruturantes (NDEs), docentes, discentes, profissionais da rede de serviços de saúde, preceptores especialistas e pesquisadores da área com destaque nacional e internacional. O evento contará também com a presença de autoridades representativas dos Governos Federal, Estadual e Municipal. Além de dirigentes de Hospitais de Ensino, representantes das Entidades Médicas, representantes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), de associações de docentes e profissionais das diversas áreas da saúde.

## 2.14 Metodologias de ensino e aprendizagem na educação médica

Segundo REGO (2003), no último quarto do século XX, surgiram, no cenário mundial da educação e da prática médica, duas novas abordagens, uma essencialmente clínica – a Evidence Based Medicine, Medicina Baseada em Evidência (MBE <sup>120</sup>) e sua derivante Evidence Based Learning, e a outra pedagógica, a Problem Based Learning, Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) <sup>121</sup>. Esta última, por incorporar fundamentos do construtivismo em sua base teórica e prática, vem merecendo dos especialistas em educação a maior atenção e respeito, embora por si só, seja insuficiente para promover as profundas transformações que o ensino médico requer.

Na análise do modelo pedagógico vigente apresentada junto ao projeto político pedagógico do curso de medicina da UFC realizada em 2001, foi escrita a seguinte observação sobre o projeto piloto em Aprendizagem baseada em Problema desenvolvido no 4º Semestre do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará <sup>122</sup>.

---

**Função Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

<sup>120</sup> Sobre a Medicina Baseada em Evidência, ver GREENHALGH, Trisha. **Como ler artigos científicos:** fundamentos da medicina baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2008. Uma curiosa e interessante obra sobre o tema incrementada com pitadas e condimentos literários pode ser lida em NORDENSTROM, Jorgen. **Medicina Baseada em Evidências:** seguindo os passos de Sherlock Holmes. A essa obra atribuo uma (im)possível articulação para com o método indiciário proposto por Carlo Ginzburg.

<sup>121</sup> Ver. MAMEDE, Silvia (org). **Aprendizagem Baseada em Problemas:** anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001. O capítulo 2 desse livro “ John Dewey e as raízes filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas” demonstra a influência do pragmatismo norte-americano sobre as metodologias de aprendizagem e ensino médicos atuais.

<sup>122</sup> Ver **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina:** um novo currículo. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2001



Relatos de experiências desenvolvidas em escolas médicas de todo o mundo, com extensa documentação bibliográfica, despertaram o interesse de um grupo de professores em relação à inovação metodológica da aprendizagem baseada em problemas. Verificou-se que este método de ensino-aprendizagem, por suas características e dinâmica de funcionamento, poderia favorecer várias das diretrizes curriculares estabelecidas. As experiências relatam que o método, centrado no aluno, também favorece a consciência do processo de aprendizagem, a capacidade de análise, a iniciativa, a responsabilidade com o autodesenvolvimento, o trabalho multidisciplinar e em equipe e, ainda, capacita o aluno para a educação permanente. Com o objetivo de desenvolver um projeto piloto de aplicação deste método, os professores do quarto semestre das disciplinas de Patologia, Imunologia, Microbiologia e Parasitologia submeteram-se a um programa de treinamento na metodologia da Aprendizagem Baseada em Problema -ABP. O método da ABP foi aplicado pela primeira vez em 98.1, sendo executado um programa com duração de 4 semanas. Atualmente, as quatro disciplinas trabalham de maneira integrada todo o semestre e os conteúdos programáticos estão distribuídos em 3 módulos. Os temas são abordados nas discussões dos problemas em pequenos grupos, nas sessões de tutoria e em aulas teóricas e práticas. O processo ensino-aprendizagem tem sido avaliado e aperfeiçoado continuamente. As avaliações revelam uma ampla aceitação por parte dos estudantes e dos professores envolvidos no projeto

Vamos nos deter um pouco mais em comentários sobre a PBL e a BEM, na medida em que suas crescente difusão é, em nosso entendimento, preocupante quando explicitamente incorporada às práticas educativas. Saindo de um documento institucional programático como o do projeto político pedagógico e de uma contextualização mais abrangente exercitada por Sergio Rego, vejamos como um professor analisa a situação a partir de sua experiência singular e especializada.

Mais ou menos na mesma época e período, Regis Jucá escreveu um artigo chamado *Decisão em Cirurgia: uma necessidade para o ensino e um imperativo para a assistência*<sup>123</sup>. No artigo o professor da UFC e cirurgião cardíaco problematiza as relações existentes entre a Medicina baseada em evidências e o Aprendizado Baseado em Problema (PBL) na sua prática enquanto professor e cirurgião. O médico articula na sua análise aforismas hipocráticos, o Hamlet de Shakespeare e citações de Rodolfo Teófilo. O autor perfura, costura e pontua as relações entre a racionalidade inscrita na medicina e nas ciências exatas, cita relatos de caso e sobrevoa a medicina de ponto para voltar a discussão sobre o processo de tomada de decisões na relação médico-paciente. O ensino e a aprendizagem médica é articulada ao processo de decisão. Max Weber parece estar sentado numa cadeira ao lado dessa palestra escrita e ouvindo a aplicação

---

<sup>123</sup> Ver JUCÁ, Eduardo Regis Monte. **Com o Coração nas Mãos**. Fortaleza: Edições UFC, 2006.

de um dos exemplos do seu conceito de ação social. Enquanto isso, o regime de verdade bioestatístico é incorporado na sua singularidade clínica.

Hipócrates, em seu aforismo mais repetido, quatrocentos anos antes de Cristo, relatou que a experiência era duvidosa e a decisão difícil. Óbvio que a decisão era difícil por falta de conhecimento. Atualmente, o diagnóstico é mais fácil, a cirurgia mais segura, porém, a decisão continua difícil porque as opções são mais variadas. Em certas circunstâncias, a melhor opção é conflituosa...Inúmeros fatores entram em cena que variam desde a idade, a comorbidade, até os econômicos. O “ser ou não ser” de Hamlet era uma dúvida de conduta. ( E até dúvidas existem hoje sobre quem era realmente Shakespeare!). A Medicina Baseada em Evidência – BEM é relevante, procura estabelecer protocolos ou *Guide-Lines* que ajudem o médico no processo de escolha. Entretanto, às vezes, como veremos adiante alguns exemplos, as evidências são conflitantes. Ana Menezes Bock chama a atenção: “escolher também é perder porque escolhemos uma opção e perdemos as outras”. A decisão em medicina é mais difícil do que nas ciências exatas. Na medicina o raciocínio se baseia a partir de probabilidades e não de certezas. Daí o imponderável, que aumenta proporcionalmente à diversidade de opções. Saber decidir ou procurar saber decidir, portanto, é uma imperiosidade no exercício da medicina para uma melhor resultante da relação risco-benefício ou custo-efetividade. O ensino e o aprendizado da medicina torna-se, em muitas ocasiões, enfadonho, cansativo e sem emoção. “O aprendizado baseado em problema” (PBL), conforme as conclusões e recomendações da Conferência Internacional de Educação Médica realizado em Outubro de 2000 sob o patrocínio da Academia Nacional de Medicina, serve para diminuir essas deficiências do ensino médico. A decisão, a escolha das opções, o como fazer e resolver problemas é o meio mais racional para alcançar estes objetivos. Portanto, no século XXI, a decisão médica, o processo de decisão, deverá ser mais executado e incrementado. Surgical Quality Review Comittee ou Peer Review, que existe nos hospitais americanos para este ou aquele procedimento e para os desvios de conduta, serve para disciplinar as indicações cirúrgicas. Neste ano de 2001 observei decisões inapropriadas que levaram a grandes catástrofes individuais ( relato de casos). Daí a procura da melhor decisão para o caso deve elevar o padrão da medicina dispensada a nossos doentes. Poderia discorrer sobre as possibilidades da robótica, do xenotransplante e outros exemplos da medicina de ponta, mas é no aprimoramento do processo de decisão que a iatrogenia será evitada e o nosso doente protegido. O acerto das decisões jogará um papel no prolongamento da vida, mas não esquecer que a melhoria dos hábitos de vida é uma decisão individual e é a maior responsável pela elevação n vida média na nossa população. Ex: dissecação da aorta após revascularização do miocárdio. O projeto Genoma, além de suas vantagens intrínsecas, serve para inibir os arautos da antimedicina<sup>124</sup>. Exemplos :

---

<sup>124</sup> Para ver uma problematização do termo “ antimedicina”, Ver Michel Foucault e Ivan Illich. Foucault analisa uma obra de Ivan Illich sobre a medicina no texto *Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina?*. Trata-se de sua primeira conferência sobre a história da medicina dada no Instituto de Medicina Social da UERJ, em outubro de 1974. Após abrir a conferência sobre o problema do funcionamento das instituições de saber e do poder médico em nossa atualidade e situar a obra de Illich com um dos seus pontos de partida, escreve Foucault : “ Não precisamos esperar Illich nem os discípulos da antimedicina para saber que uma das suas capacidades é matar. A medicina mata, ela sempre matou e sempre teve consciência disso. O importante é que, até uma época recente, os efeitos negativos da medicina eram inscritos no registro da ignorância médica. A medicina matava devido à ignorância do médico ou porque a medicina era ignorante. Não se tratava de uma verdadeira ciência, mas de uma rapsódia de conhecimentos mal-fundamentados, mal-estabelecidos e mal-verificados. A novidade da medicina se

aneurisma da aorta abdominal, revascularização do miocárdio em mulheres, coarctação da aorta. Os notáveis progressos realizados nas últimas quatro décadas e nos anos vindouros nos proporcionam armas eficazes, mas também com seu potencial de iatrogenia<sup>125</sup>. Daí o sanitarista baiano e cearense Rodolfo Teófilo escrever em 1917. “Eu dou a vida, mas também a morte. Faço venenos letais e violentos. Alívio a dor, findo os seus tormentos. De mim depende do ser vivo a sorte”. Foi escrito em relação ao pólen, mas aplica-se a cirurgia (JUCÁ, 2006 ; 96)

Recuando e adiantando o tempo das narrativas podemos observar essa discussão trazida por Jucá a partir de outros pontos. Vejamos como isso se dá num diálogo entre dois ex-ministros da saúde. Alexandre Padilha e Adib Jatene são interpelados por Odorico Monteiro e Lenir Santos<sup>126</sup>. A primeira pergunta é de Odorico Monteiro. Na resposta, Padilha menciona as suas relações com a tecnologia e o Ensino baseado em Problemas (PBL) durante a sua formação de estudante de medicina ressaltando um momento anterior e posterior à Internet e ao seu conhecimento de plataformas como o Medline<sup>127</sup>. Ele diz a Padilha. *Ministro Padilha, o senhor mencionou a sua participação no movimento estudantil nacional do qual também participei. Em 1986, fui delegado da UNE na VIII Conferência Nacional de Saúde e no 17ª Encontro Científico de Estudantes de Medicina (ECEM) nós criamos a DENEM. Fale sobre a sua relação com a DENEM e seus primeiros contatos com o SUS.*

Padilha segue narrando suas experiências como estudante e membro ativo do movimento estudantil de estudantes de medicina no contexto da emergência do SUS

---

media proporcionalmente à sua não cientificidade”( FOUCAULT, 2011: 379). FOUCAULT, Michel. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

<sup>125</sup> Ver ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Uma observação de Illich sobre Foucault pode ser estendida à observação de Jucá. Os conceitos centrais problematizados por Illich no seu livro são o de iatrogenia e o de Nêmesis. Ele subdivide a obra em três momentos: a discussão sobre a Iatrogênese Clínica, a Iatrogênese Social e a Iatrogênese Estrutural. No primeiro desses momentos, ele dissecou a eficácia técnica do ato médico. No segundo ele discorre sobre a máscara sanitária de uma sociedade mórbida, as duas dimensões da contraproduzitividade institucional e os cinco remédios políticos administrados inutilmente. Por fim, ele analisa a colonização médica, a alienação da dor, a doença heteronômica, a morte escamoteada e finda com o tema relativo ao subtítulo do livro: Nêmesis, a materialização do pesadelo. Ao discutir a alienação da dor, Illich faz uma observação sobre Michel Foucault “ Atualmente a dor foi transformada em problema de economia política, o que faz nascer um processo em bola de neve: o indivíduo aprende a conceber-se como *consumidor de anestésias* e se lança à procura de tratamentos que o fazem obter insensibilidade, inconsciência, abulia e apatia provocadas artificialmente” (ILLICH, 1975: 128). A referência da observação é feita a Michel Foucault e os membros do Groupe Information Santé (GIS) “ Médecine et lutte de classe”, em La Nef. “ Vers une antimédecine?”. Paris, Tallandier. Caderno n 49, Ano 29, outubro-dezembro de 1972, p.67-73.

<sup>126</sup> Ver JATENE, Adib. PADILHA, Alexandre. **40 anos de Medicina: o que mudou?** Campinas: Saberes Editora, 2011.

<sup>127</sup> Sobre essa e outras plataformas virtuais temáticas médicas, ver. GREENHALGH, Trisha. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

e de algumas experiências municipais de Saúde. Segundo ele, lembrando um pouco o Fausto de Goethe<sup>128</sup>, uma outra forma de construção do conhecimento na faculdade de medicina foi emergindo entre professores e alunos como desdobramento da Internet e o acesso à “ produção realizada no mundo inteiro”. A reestruturação do ensino na escola médica, o impacto provocado pela expansão do SUS nessa movimentação e o processo de mudança da escola médica ainda em curso simbolizam o mote final das suas impressões sobre o tema.

A DENEM, Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina , me chamou a atenção pelo fato de propor uma estrutura diferente para o curso de Medicina. Eu comecei a faculdade em janeiro de 89, era o momento de início do processo de construção do Sistema Único de Saúde (...). Na época, exigia-se um médico diferente , e eu não sentia isso no primeiro e no segundo ano na faculdade de medicina, A primeira válvula de escape para isso foi exatamente o centro acadêmico, o movimento estudantil, a direção de estudantes de medicina. E houve ainda outra válvula de escape. Eu me perguntava onde estava a Unicamp que produz ciência, inovação e conhecimento, mas não encontrava(...) Eu terminei o primeiro semestre da faculdade achando que seria neurocirurgião! Achava fantástico poder mexer naquilo que era um espaço da construção do conhecimento, da alma! Todo o cérebro, o sistema límbico, para mim era fantástico, poder ver as terminações nervosas, e juntava isso com a bioquímica, com os neurotransmissores, e eu reunia muito a experiência da disciplina da bioquímica com a neuroanatomia. (...). Por vários motivos, os movimentos estudantis, bem como a DENEM, me puxaram mais do que a neuroanatomia e a bioquímica, e no começo do segundo do ano, eu passei a frequentar muito o centro acadêmico. Foi no segundo ano de faculdade que assumi a presidência da DENEM; certamente fui seu presidente mais jovem. Eu tinha 19 anos quando assumi a direção, e me envolvi muito e fui repensar a escola médica, em grande parte com a ideia de expor desde o começo a produção do conhecimento, a realidade do serviço, a fim de que aquilo que você visse na realidade, na atenção primária, no hospital, pudesse ser o disparador do conhecimento a ser transmitido para o estudante. Mas teve um momento, que tem muito a ver com o que o professor Adib Jatene fala, e que altera ou acelera essa mudança, acerca da relação com as especialidades, que foi o meu primeiro contato com uma coisa chamada *Medline* . Hoje se está nas nuvens, pois todo o conteúdo está na internet. Mas eu só tive contato no terceiro ou quarto ano; havia acabado de chegar à biblioteca nova da faculdade de medicina – eram dez – e na época não havia internet ( já começava a ter, mas não era como hoje). Eram uns livros enormes, e havia os discos, cuja atualização chegava todo mês. (...). Buscava “malária” e vinham todas as citações e artigos possíveis do conhecimento, ou seja, foi uma grande revolução , que se intensificou com a internet. Aquilo

---

<sup>128</sup> **Fausto** é o protagonista de uma popular lenda alemã de um pacto com o demônio, baseada no médico, mago e alquimista alemão Dr. Johannes Georg Faust (1480-1540). O nome Fausto tem sido usado como base de diversos textos literários, o mais famoso deles a peça teatral do autor, Johann Wolfgang von Goethe ( 1749- 1832), produzido em duas partes, escrita e reescrita ao longo de quase sessenta anos. A primeira parte - mais famosa - foi publicada em 1806 e a segunda, em 1832 - às vésperas da morte do autor. Considerado símbolo cultural da modernidade, *Fausto* é um poema de proporções épicas que relata a tragédia do Dr. Fausto, homem das ciências que, desiludido com o conhecimento de seu tempo, faz um pacto com o demônio Mefistófeles, que o enche com a energia satânica insufladora da paixão pela técnica e pelo progresso.

era muito maior do que o que eu tinha dentro da sala de aula! A situação era essa. Tínhamos que levar aquele material para a sala de aula, com o professor, para aproveitar e perguntar para ele: “Olha, eu li esses artigos, o que o senhor acha disso?”, e a partir daí começávamos a construir uma outra forma de produzir conhecimento na escola de medicina, muito pautada nessa coisa fantástica que hoje virou a internet, que é a possibilidade de conhecer a produção realizada no mundo inteiro. Eu acho que isso influencia muito. Na minha opinião, as duas coisas, o contato com o serviço de saúde em hospital, depois o movimento estudantil, que contribuiu para a reestruturação do ensino na escola médica, possibilita o contato, desde o começo, com a ideia do PBL (Problem Based Learning). A partir daí você pode construir a produção do conhecimento. A expansão do SUS também fez com que a escola médica fosse pressionada a estar presente nessa realidade da atenção primária, do hospital, da urgência e da emergência. Tudo isso combinado com essa revolução que a Internet traz a possibilidade da difusão do conhecimento, do que é aprendido no mundo inteiro, fez com que a escola médica mudasse completamente, e eu acho que nós ainda não concluímos esse processo de mudança. (PADILHA *In* Jatene: 2011: 73)

Retomando a análise do modelo pedagógico vigente apresentada junto ao projeto político pedagógico do curso de medicina da UFC realizada em 2001, duas observações realizadas por Padilha podem ser entrelaçadas. A primeira se dá pela questão das fontes de informações. A segunda se dá pela questão da Aprendizagem baseada em Problemas já discutida no início desse tópico. As observações também se dão numa atmosfera que clama por mudanças nas escolas, nos ensinamentos e nas avaliações médicas.

O modelo pedagógico vigente, analisado em relação à missão de formar o profissional com o perfil que a sociedade necessita, dentro do cenário mais provável para os próximos 20 anos, foi considerado inadequado pela comunidade interna. A grade curricular apresenta incorreções na seqüência de disciplinas e a carga horária é mal distribuída e, muitas vezes, subutilizada. Não ocorre integração entre as disciplinas básicas e profissionalizantes, nem mesmo dentro do mesmo semestre. O Currículo está fragmentado numa série de disciplinas isoladas, faltando, portanto, coerência ao Curso. As avaliações induzem à memorização e são descritas como muito estressantes. As fontes de informações dos alunos restringem-se praticamente ao professor e às anotações de aula. O sistema de avaliação do docente é inadequado e não existe avaliação do currículo. As metodologias educacionais utilizadas são, em geral, pouco criativas, com ênfase a aulas teóricas e aulas práticas, muitas vezes “teorizadas” e que ocorrem em condições inadequadas. As turmas são numerosas e o problema é agravado por transferências de alunos de outras Escolas. O aluno assume um papel totalmente passivo no processo de ensino-aprendizagem, o que não favorece o desenvolvimento, no futuro profissional, da capacidade de análise e de decisão, da criatividade e da responsabilidade pelo autodesenvolvimento. Além disso, são poucas as oportunidades de treinamento em equipe. O nosso Curso está fortemente amparado no complexo HUWC/MEAC e, portanto, desenvolve-se majoritariamente no nível terciário de atenção à saúde, com poucas oportunidades de treinamento no nível primário. Nesse contexto, a medicina curativa é priorizada e a especialização precoce dos estudantes é estimulada. A formação do médico ocorre centrada nas figuras do Médico/Professor e do paciente, longe das

comunidades, tornando-se descomprometida com a transformação da sociedade.<sup>129</sup>

Se nessa citação fomos remetidos de volta para um futuro provável de aqui para os próximos 20 anos, vejamos como se daria se invertêssemos novamente a flecha e o sentido das interrogações e pegássemos uma espécie de atalho temporal para vermos a questão das necessidades e mudanças percebidas por aqueles agentes que a vivenciam num outro momento histórico.

Após ser mencionado por Padilha, Lenir Santos pergunta a Adib Jatene. *Professor Jatene, como era o curso na sua época?*. qui os momentos de passagens anteriores e posteriores ao advento da Internet já mencionados por Padilha se coadunam com outras observações em perspectiva histórica tais como a da estrutura em Hélice do DNA, descrita em 1953, mesmo ano em que Jatene se formou<sup>130</sup>. A relação com outros professores e com os estudantes, a questão do avanço tecnológico, da especialização na medicina, o processo histórico de fragmentação das disciplinas e os obstáculos, críticas e desafios que advém da conjunção desses fatores são levantados .

O conhecimento, na época em que eu estava na faculdade, de 1948 a 1953, era relativamente pequeno. Veja que a estrutura de hélice do DNA foi descrita em 53<sup>131</sup>, ano em que eu estava terminando o curso. Estudei biologia celular, e a biologia molecular veio depois que terminei o curso, e as especialidades não existiam; as cátedras eram de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e depois psiquiatria etc., mas não tinha as especialidades que temos hoje. Os exames de laboratório que existiam eram simples (...) quer dizer o conhecimento era pequeno, os exames eram escassos, então explorávamos muito a história. Ou seja, internava-se um doente e tinha-se que trabalhar na enfermaria, fazer a história daquele doente, fim de tarde, noite, a qualquer hora. E depois a gente ia ler e discutir a história com o professor e, com base na discussão, você fazia o diagnóstico e orientava a terapêutica. Os exames eram complementares, e o diagnóstico tinha sido feito. O que aconteceu foi que o avanço científico e tecnológico foi de tal ordem que as especialidades se diferenciaram, e hoje os professores são todos especialistas que querem ensinar sua especialidade, e é uma dificuldade enorme para convencê-los – eu fui diretor da faculdade e enfrentei essa dificuldade – de que devem ensinar o que o médico geral não pode deixar de saber, e não a especialidade. Quando assumi a cadeira de cirurgia torácica,

---

<sup>129</sup> Ver **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**: um novo currículo. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2001

<sup>130</sup> Ao final da resposta, Odorico Monteiro a Jatene. “ **Eram Seis anos também?** - *Eram seis anos e continuam sendo. Havia Internato?* - *Não, saía-se e pronto. Eu, durante o meu curso de médico, operei cerca de duzentos doentes* . Monteiro observa – **Interessante que o caminho de vocês começa a se cruzar agora...**Nesse momento, Alexandre Padilha intervém. - *O contraponto é o exame de ordem*. O capítulo seguinte, intitulado *Escolhas, encontros e definições* é aberto com uma citação de Padilha. “ **Somos contra o exame de ordem, mas achamos que a escola médica tem de ser avaliada, que o fundamental não é avaliar apenas o estudante, mas o conjunto da escola também.**”

<sup>131</sup> A história do DNA pode ser descontinuada a partir de Gregor Mendel. Oswald Avery, Rosalind Franklin , Francis Crick e James Watson



tinha uma série de aulas teóricas etc. Uma das aulas era sobre Tetralogia de Fallot, desde a história, as diferentes técnicas paliativas sem circulação extracorpórea e as atuais com CEC etc, e o assunto caía na prova. Eu disse: “Puxa vida, um cardiologista fica dois, três anos no consultório, não vê um paciente com Tetralogia de Fallot e eu vou ensinar isso para o estudante?” Acabei com tudo. Meu curso era de quatro dias, só para se ter uma noção do que era a cirurgia cardíaca, o resto era cardiologia simples, coisas gerais. Então, o curso naquela época era muito mais simples, e o médico sabia do conhecimento da época. Agora é extraordinariamente complicado. O ministro pode contar a história. (JATENE, 2011:75)

Em nosso trabalho, quem continuará a contar a história, nesse momento, são os professores João Macedo Filho e Álvaro Madeiro Leite da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.<sup>132</sup> Na apresentação de livro, prefaciado pelo mesmo Jatene com quem acabamos de dialogar, voltado aos jovens estudantes de medicina e aos jovens médicos recém-formados, a questão da especialização da medicina e dos avanços do campo técnico-científico voltam à cena. Assim como nas citações de Padilha e Jatene, o imaginário colocado ainda obedece aos códigos do antigo e do moderno, do passado e do presente, do progresso e da reação tematizados por Jacques Le Goff.<sup>133</sup>

Medicina, que profissão é essa? Muito já se estudou para tentar compreender sua natureza, seus agentes e suas articulações com a história e o progresso das ciências. Em um mundo de constantes mudanças, não é de estranhar o descompasso no contrato social de terminadas profissões. A medicina e seus médicos parecem não conseguir escapar dessa realidade. Vários aspectos dessa crise são imediatamente perceptíveis, mas uma impressão difusa nos aponta uma dissonância: os que vivem no relacionamento direto com as instituições e os pacientes refletem cada vez menos sobre os paradoxos conceitos e práticos da profissão. Na escola médica, a fragmentação das disciplinas e um corpo docente cioso de seus saberes especializados deixam pouca margem para inovações pedagógicas que alterem o sentido da formação e contribuam para o desenvolvimento atualizado do profissionalismo médico. Nas instituições de saúde (hospitais, ambulatórios, pronto-socorros, unidades de cuidados intensivos<sup>134</sup>, serviços especializados et.) o modo de organização do trabalho médico pouco tem contribuído para aumentar a capacidade dos médicos de discernir entre os impasses estruturais do trabalho e as bases referenciais da profissão. Quase sempre na defensiva, os médicos sentem-se desorientados para revigorar as forças que poderiam reformular sua presença na sociedade. Os avanços oriundos do campo técnico-científico exercem uma sedução sem limites. Novos aparelhos diagnósticos, novos exames de laboratório, novos medicamentos e técnicas cirúrgicas sofisticadas são percebidos como panaceias inquestionáveis e assimilados sem nenhuma criticidade. É escassa a capacidade de avaliar a qualidade das publicações científicas, que crescem exponencialmente. Num cenário com tais apelos, as habilidades para colher cuidadosamente uma

---

<sup>132</sup> Ver LEITE, Álvaro J. M. COELHO FILHO, J.M. **Você pode me ouvir doutor? Cartas para quem escolheu ser médico.** 2 ed. Campinas: Saberes Editora, 2010.

<sup>133</sup> Ver Le GOFF, Jacques. **História e Memória.** Campinas: UNICAMP, 1996.

<sup>134</sup> Ver MENEZES, R.A. **Difíceis Decisões:** etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.



história clínica – integrando nossa estrutura de referência ( a biomedicina) e as referências do paciente (a experiência de sofrimento), bem como uma escuta e exame clínico primorosos – são apelos menores, ainda que suas consequências sejam visíveis ( LEITE FILHO, 2010 ; 20)

Os organizadores da coletânea elegem a escuta como uma “função sensitiva escassa no mundo contemporâneo”. Ao lado das tentativas de sensibilização da classe médica frente as contribuições das ciências sociais e humanas, um retrato duro dos desamparos éticos e emocionais que assolam a profissão médica são contextualizados a partir da perplexidade a partir de onde o processo civilizatório é percebido.

Contribuições oriundas das ciências sociais e humanas, apoiadas em sólidos referenciais teóricos, não alcançam amplamente os médicos atormentados por cotidianos exaustivos e, na maioria das vezes, distantes dos referenciais. Assim, a prática clínica aparece distorcida em seu potencial humanizador (relacionamento interpessoal permeado de solidariedade) e as dificuldades tidas como intransponíveis assumem o caráter de “normalidade” na vida social de nossos tempos.

Médicos Recém-formados encaminham-se para um cotidiano repetitivo, eventualmente frustrante, perdendo muitas vezes as bases do profissionalismo. Isolados em sua angústia prática (sobrecarga de trabalho e projetos institucionais precários), assistem ao esgotamento de toda sorte de recursos adaptativos e emocionais e sofrem com isso. Logo, comportamentos que deveriam guiar-se pelo profissionalismo assumem feição negativa. A alienação, seguida da despersonalização, é um dos desenlaces mais trágicos. Fragiliza-se a potência necessária para enfrentar adversidades com altivez. Tudo isso no âmbito de uma tradição que considera a medicina “uma atividade humana especial”, a qual “não pode ser exercida adequadamente sem as virtudes da humildade, honestidade, integridade intelectual, compaixão e contenção de uma ambição excessiva (...), (pois os médicos)(...) pertencem a uma comunidade moral que se dedica a algo mais que seus próprios interesses (...) somente ao cuidar de nossos pacientes e ao defendê-lo, a integridade de nossa profissão será afirmada; só assim iremos honrar o nosso contrato de confiança com eles <sup>135</sup> ” As raízes da condição contemporânea da medicina não são específicas da profissão. Provêm em grande parte do próprio balanço histórico do curso da humanidade que podemos fazer em pleno século XXI. <sup>136</sup> A ideia de que a plenitude do homem e a felicidade viriam como consequência direta do desenvolvimento científico e tecnológico, estabelecido pelo processo civilizatório nos últimos três séculos, parece não ter se efetivado. Estamos pautados pelo enfoque do que é objetivo, mensurável, materializado ou revelado seja por um indicador, uma película, imagem, reação química ou por um gráfico qualquer. Os projetos humanos são delineados em função da apropriação de recursos pragmáticos, por meio dos quais os profissionais vislumbram suas possibilidades de sucesso e realização. Pouca margem surge para dimensões

---

<sup>135</sup> Álvaro Jorge Madeiro Leite e João Macedo Coelho Filho citam essas expressões em parênteses de CRAWSHAW R, ROGERS DE, Pellegrino ED, MD et al. JAMA.1995; 273 ( 19):1553.

<sup>136</sup> As próprias mitologias e deuses inscritos na emergência da Medicina são problematizados nalguns estudos. Parafrazeando o título de uma livro de Paul Veyne, seria mais ou menos assim: acreditam os médicos nas suas origens e nos seus mitos?

intangíveis, não captáveis pela pressa dos olhares e frieza das medidas dos aparelhos e métodos. Dimensões, bom lembrar, que são nucleares para a própria e insubstituível essência humana. (LEITE e FILHO, 2010; 22)

Os valores, sentimentos, temores e experiências<sup>137</sup> dos seres humanos são tematizados. As relações entre a medicina, a ciência, a sociedade, o estado, a mídia, o sistema público de saúde e a mercantilização da saúde também são circunscritos nesse cenário. E numa pegada analítica que lembra os frankfurtianos, somos informados que

Aperfeiçoamos nossa capacidade de registro dos eventos biológicos, mas minimizamos a percepção dos valores, sentimentos, temores e experiências dos pacientes. Por outro lado, há um descompasso entre a complexidade cada vez maior da medicina e a atenção dada pela sociedade no sentido de assegurar as condições efetivas para a sua boa prática. Em um país estratificado, com a saúde como produto de consumo, o que é público é de pouco uso da elite que governa, estando assim sujeito a uma menor escala de investimento e preocupação. Conseguimos nos apropriar das forças naturais e biológicas em nome de nosso bem-estar, da cura de doenças, do controle de condições implacáveis e uma maior longevidade. No entanto, não temos sido capazes de estender esse feito para a maioria, nem tampouco privilegiar setores como o da saúde, que mais intimamente estariam ligados à preservação e à dignificação da vida. Assim, sofrimento e compaixão são sentimento relativizados em função do status social. Quantos ainda se sensibilizam com a notícia na mídia de pessoas que perdem a vida por falta de leitos em unidades de terapia intensiva do sistema público de saúde? (LEITE e FILHO, 2010 ; 22)

A coletânea epistolar contou com a participação de atores de diversas áreas do conhecimento. A maioria deles ligadas as Humanidades. Uma tentativa de diálogo ainda refém do paradigma interdisciplinar que tem como intuito refletir a cena da prática médica contemporânea. A referência ao pensamento complexo de Edgar Morin<sup>138</sup> e aos motivos que os levaram a intitular a obra são anotados.

A ideia do livro surgiu nesse cenário de tensões, paradoxos e desafios enfrentados pela medicina. Reuniu-se um conjunto de médicos atuantes, bem como profissionais das mais diversas áreas, incluindo sociólogos, antropólogos, filósofos, escritores, jornalistas, psicanalistas e educadores, aos quais foi solicitado redigir uma carta supostamente dirigida a um jovem médico, e que contivesse aportes das experiências e reflexões acumuladas por seus olhares atentos às coisas do mundo e, em especial, à cena da prática médica contemporânea. A pretensão foi a de semear reflexões e diálogos sobre condição de ser médico, entendendo como urgente reaproximar a medicina de sua dimensão humana, o que não é apenas um imperativo de

---

<sup>137</sup> Ver LARROSA, Jorge. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015

<sup>138</sup> A referência utilizada para acionar o pensamento de Morin foi: MARIOTTI, H. Os cinco saberes do pensamento complexo (Pontos de encontro de Edgar Morin, Fernando Pessoa e outros escritores). Aproveitando a deixa bibliográfica, lembramos que Fernando Pessoa no seu Livro do Desassossego faz a seguinte menção à Gabriel Tarde: “A vida, disse Tarde, é a busca do impossível através do inútil; assim diria, se o houvesse dito, Omar Khayyam”. (PESSOA, 2006:404) Ver PESSOA, Fernando. **O Livro do Desassossego**: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

solidariedade, mas também algo crucial para a satisfação dos médicos e pacientes, para a melhoria da condição de saúde das pessoas e da qualidade dos serviços de saúde, conforme demonstrado em vários estudos. O título “ Você pode me ouvir, Doutor?” nos remete à uma função sensitiva escassa no mundo contemporâneo: a escuta. Saber escutar , uma das habilidades incorporadas ao pensamento complexo, é acolher a manifestação e sentimento do outro, dando legitimidade ética ao olhar atento que se expressa por intermédio da escuta. (...) Quem sabe este livro possa também ser um recurso de educação para a sensibilidade <sup>139</sup>, contribuindo, assim, para transformar as circunstâncias que dificultam o exercício da medicina como um dos mais belos empreendimentos humanos. (LEITE e FILHO. 2010; 24)

Intercalando as metodologias de ensino e aprendizagem na educação médica e as ferramentas virtuais no preparo para a seleção da Residência Médica <sup>140</sup> mapeamos o acesso de alguns estudantes de medicina envolvidos na pesquisa. Trata-se da página Medcel. <sup>141</sup> A página atualiza conteúdos e realiza balanços estatísticos para as provas dos exames de seleção para a residência médica. Um exemplo de conteúdo atualizado diz respeito a área de Obstetrícia e a uma nova regulamentação do Conselho Federal de Medicina em relação aos partos.

Tem novidade na área médica. Você já está sabendo? Nada de cesáreas eletivas antes da 39ª semana! "Procedimentos que tenham sido agendados em desconformidade com a nova regra (do Conselho Federal de Medicina) deverão ser remarcados" [#AtualizeSe](#) [#Medicina](#) [#Medcel](#) [#Obstetricia](#)

O levantamento estatístico das provas também é ressaltado. Um *Guia Estatístico das Provas de Residência Médica* é disponibilizado. Ao lado dessa indicação , uma sugestão de temas e focos de estudo.

Não sabe o que estudar na área de Pediatria? Será que em Medicina Intensiva é melhor se aprofundar em Insuficiência Respiratória ou em Choque? Perguntas como essas serão respondidas nas estatísticas que montamos especialmente para você! Faça o download do nosso e-book <sup>142</sup>.

Uma estudante observa a dificuldade da prova de Residência. Diante desse impasse, responde o site mantendo a perspectiva estatística de sua abordagem.

A gente preparou um e-book super bacana, com as estatísticas dos temas que mais caem nas provas de Residência. Você já viu? Na parte de Obstetrícia, 30% do assunto mais cobrado nas provas é em relação ao parto. O e-book é de graça e temos certeza que vai te ajudar bastante a focar no que é importante!  
Bons estudos!

<sup>139</sup> Ver SCHILLER, Friedrich. **A Educação Estética do Home**: numa série de cartas. São Paulo: Iluminuras, 2014.

<sup>140</sup> Referências ao Revalida discutido no sexto capítulo desse trabalho também são mencionados.

<sup>141</sup> Ver <http://www.medcel.com.br/cursos.html>. Um mapeamento de questões de concurso pode ser visto em XENON, William James. **O Livro de Concursos Médicos**. 13 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. Pelo número de edições podemos perceber a demanda pela publicação

<sup>142</sup> Ver <http://inscricao.medcel.com.br/HotSite/Degustacao/Estatistica.aspx>

E qual seria a ligação de uma página e de um site como esse e as Ligas Acadêmicas de Medicina, nosso mais imediato objeto de investigação? Algumas Ligas, como a de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul utilizam a plataforma da página para comunicar seus eventos. É o que podemos inferir a partir de uma postagem feita pela Liga na página Medcel do Facebook em 16 de Maio de 2016. Elas apontam para convites e apoios em eventos futuros.

É amanhã!!I Simpósio Anual da Liga de Cirurgia Plástica da UFRGS!!Correção:  
19h- Cirurgia Plástica: Residência, Áreas de Atuação e Expectativas para o Futuro, com Professor Dr Marcus Vinicius Martins Collares (HCPA)20:10- Beleza, Autoestima e Cirurgia Plástica, com Professora Dra Carolina Blaya (UFCSPA).*Os próximos eventos contarão com apoio da Medcel!* Acesse o Link para atualizar-se gratuitamente com os temas mais abordados na carreira médica: <http://www.medcel.com.br/faculdades/inscricao> ( grifos meus).

Outra Liga, a de Oncologia da Bahia, posta na página do site no dia 30 de Setembro. Novamente o apoio é lembrado. A Liga convida os interessados ao I Simpósio de Oncocirurgia realizado em 24 de Outubro na EBMSp.

A LAO, Liga Acadêmica de Oncologia da Bahiana, tem o prazer de convidar toda comunidade acadêmica a participar do nosso simpósio sobre Cirurgia Oncológica, que será realizado no dia 24/10/2015, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Uma excelente oportunidade para se aprofundar em temas importantes relacionados à Oncocirurgia. Com o apoio da MedCel (curso preparatório para residência médica). Inscrições no link: <http://goo.gl/forms/EL3Xu72cPz>. VAGAS LIMITADAS! Os pré-inscritos que receberam o e-mail de confirmação, tem até 48h para realizar o pagamento.

As Ligas sofrem a crítica da especialização precoce na divisão social dos campos de conhecimentos médicos. E o site parece ter em conta essa movimentação histórica. É o que presenciamos no dia 18 de Janeiro.

NOVO APLICATIVO MEDCEL! Descubra agora qual especialidade médica mais combina com você. Preparado? Jogue e compartilhe seu resultado. ►  
[www.medcel.com.br/MedPersona](http://www.medcel.com.br/MedPersona)

A biopolítica se inscreve no cenário. Da data do nascimento à Residência Médica, a vida de um estudante de medicina é midiaticizada natural e sumariamente numa propaganda do site realizada na postagem do dia 14 de Dezembro de 2015..

Presente de Natal para você: seu nascimento é o seu desconto para a conquista da Residência Médica! Veja como é fácil calcular seu desconto Some o ano de seu nascimento: Se você nasceu em 1989, deve somar

1+9+8+9 = 27% de desconto. Vendas exclusivas via central de atendimento: (11) 3511-6161. Arthur nasceu em 24 de Maio de 1989. Força de vontade o motiva para seguir seus estudos e conquistar sua Residência Médica. Vale presente. 27% de desconto

O tempo livre, o lazer e os feriados dos estudantes de medicina conhecidos por sua pesada carga de estudos também é objeto de mercantilização. No primeiro de Abril de 2015 lemos que:

Já adiantou a matéria da semana e está com tempo livre para curtir o feriado? Uma ótima dica para quem é de São Paulo é visitar a exposição "Fantástico Corpo Humano", uma exposição internacionalmente reconhecida que te fará conhecer ainda mais cada particularidade do corpo humano. Maiores informações acesse: <http://scup.it/8con>  
Fonte: Fantástico Corpo Humano. Foto: Reprodução Fantástico Corpo Humano<sup>143</sup>.

## 2.15 Ferramentas virtuais na preceptoria da Residência Médica

Se as Ligas Acadêmicas simbolizam o início da formação médica na graduação, o internato representa o fim desse ciclo. Contudo, dificilmente um estudante de medicina se omite da realização uma residência. Apesar de se tratar de uma especialização ela funciona quase como uma prótese educacional na formação básica dos estudantes de medicina. E como se ela fizesse parte da graduação desse aluno. A Residência Médica, portanto, funciona como uma condição necessária e suficiente para essa formação, caso colocássemos a questão em termos kantianos.

Entre um momento e outro, os estudantes de medicina apresentam seus trabalhos de conclusão de curso. Foi o que presenciamos numa postagem realizada no dia 7 de Outubro por Michel Alves, estudante de Medicina da Universidade Federal do Ceará. A informação compartilhada no seu perfil do Facebook foi anexada a uma imagem, em um tom bem humorado, do próprio estudante com um imenso rolo de papel. Indica ainda que a mensagem foi enviada via Instagram enquanto o estudante estava no Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará<sup>144</sup>.

---

<sup>143</sup> Ver ORTEGA, Francisco. ZORZANELLI, Rafaela. "O Corpo e sua Visualização na Medicina". *IV ORTEGA, Francisco. ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em Evidência**: a ciência e a redefinição do humano.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. p.15-62.

<sup>144</sup> Ver o site do Hospital. <http://www.barrosbarreto.ufpa.br/>. A relação de todos os hospitais universitários brasileiros pode ser visitada em <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?id=13808>. Eles cumprem segundo o MEC a seguinte função: "Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos

Tava aqui de boas fazendo uma lista de coisas pendentes na vida, no curso, no tcc... não, pera. [#MissaoTccNaoAcabaNunca](#) [#AjudaDAME](#)  
[#VaiTerMimimiSim](#) [#QuedeMeuCRM](#) [#MedLife](#) [#MedMimimi](#)  
[#AjudaNazica](#) [#AjudaLuciano](#)

Esse cenário, esse percurso, essa trajetória e esse contexto social, cultural e educacional pode ser visitado também na argumentação, na discussão e na interrogação polarizada no dueto conceitual: Residência Médica ou especialização<sup>145</sup>:

Na discussão são levantados diversos pontos, dentre eles o “eldorado para o empresariado da educação”. A especificidade da formação médica dentre todas as demais áreas acadêmicas é mencionada.

O porém aqui, é que diferente de vagas em cursos de medicina, que é um eldorado para o empresariado da educação), vagas de residência médica não são criadas por decreto. Há que se respeitar uma estruturação complexa do serviço e do capital humano formador para que seja possível criar essas novas vagas, ou estarão incorrendo no risco de formar “pseudo-especialistas”. Há outro equívoco cometido que é levar programas de residência médica para rincões do país sob o argumento de que o médico iria se fixar nessas cidades. Quando se analisa os dados das pesquisas vê-se claramente que o médico tende historicamente a se fixar no local onde fez residência, porém as cidades que tem programas de residência atualmente já são cidades de maior porte com estrutura para desenvolvimento da prática médica de qualidade, dispõe de bens e serviços e empregabilidade, tratando-se nitidamente de um viés na interpretação dos dados. Outro artigo da lei obriga um ano de residência em saúde da família como pré-requisito para ingresso na maioria dos programas de residência. Coloco aqui algumas premissas para análise do novo cenário da carreira médica: A busca do médico por melhorar sua formação e adquirir habilidades técnicas; O longo período de formação da faculdade (6 anos) mais eventuais anos de cursinho (1-2 em média), A maior competitividade da carreira face a proliferação de faculdades de medicina, A não disposição para “perder” tempo (1-2 anos) para passar na prova de residência, A falta de interesse em passar 1-2 anos em residência de saúde da família ou PROVAB antes de ingressar na residência médica, Novas residências médicas, de qualidade questionável, em interiores do país. Com base nessas premissas uma significativa parcela dos médicos tem buscado alternativas à residência médica e a tendência é que essa busca se acentue. A procura por formação tem aberto um novo nicho: o dos **estágios (ou aperfeiçoamentos)**, que são programas de formação médica muito heterogêneos, variando desde a forma de relação contratual (alguns são remunerados, outros não remunerados, e alguns funcionam como pós-graduação onde o médico deve pagar), variam ainda sob a forma de funcionamento (integral, com “Day-off”, prático,

---

técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. Dúvidas: (61) 2022-8002 | [cghu@mec.gov.br](mailto:cghu@mec.gov.br) Ver, nesse sentido: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?id=13808>

<sup>145</sup> Ver <https://academiamedica.com.br/residencia-medica-ou-especializacao/>



teórico, intensivo de final-de-semana). A principal pergunta que os jovens médicos tem feito é: Estágios e residências são equivalentes? Sim e não! Embora ainda haja certo preconceito com formação de especialistas em programas do tipo que não sejam residência médica, o fato é que existem estágios que **superam em qualidade** muitas das residências médicas (a depender da especialidade e instituição). Estágios em boas instituições, com carga horária equivalente a da residência médica e preceptoria comprometida são tão bons ou melhores. Analisando do ponto de vista legal, o **código de ética médica** não restringe a prática de procedimentos pelos médicos. Apenas anunciar-se como especialista sem sê-lo é considerado infração (4). Então do **não há impedimento** para que o colega realize procedimentos (desde que não incorra em imperícia, imprudência ou negligência). Além disso, há uma **flexibilização** por parte das sociedades médicas no reconhecimento de alguns destes estágios como pré-requisito para prova de título. Uma vez prestada prova da sociedade ou cumprido os requisitos, a titulação de especialista pode ser obtida por uma via alternativa à da residência médica. A formação médica é única e extremamente complexa. Difere sobremaneira da maioria das outras profissões dadas todas essas peculiaridades. Ao optar por um **estágio** busque a qualidade, o credenciamento junto às sociedades médicas e comprometimento da instituição com a formação acadêmica.

A relação entre as premissas dessas posições é acionada em relação ao Programa Mais Médico<sup>146</sup>. Um programa considerado polêmico inscrito num debate ideologizado. Ele pode funcionar como um dispositivo analítico acerca das estratégias e das relações entre saberes e poderes. Mergulhamos nas águas turvas de um campo médico nada homogêneo. Um campo minado, delicado, intenso e explosivo. Um campo que possui uma diversidade e uma gama de interesses sociais, políticos, culturais e econômicos incrivelmente diversos. Essas minas terrestres indicam o início de uma contagem regressiva até a sua implosão. Com uma charge em que um jovem estudante está diante de uma porta com os dizeres: “Bem vindo a carreira médica. Academia Médica: o que a faculdade esquece de te contar...”. Das reticências recaímos na seguinte reflexão.

É cada vez mais sofrido o caminho para conseguir passar na **prova de residência** no Brasil. Se alguém achou um dia que passar no **vestibular de medicina** é tarefa difícil imagine ser aprovado em Dermatologia (na prova de seleção do SUS-SP com 55 candidatos por vaga em 2015). Prova disso é que se tornou praticamente uma necessidade estar matriculado em um **cursinho preparatório** apenas para estar “no páreo” da disputa. A maioria dos médicos brasileiros ainda opta por realizar residência médica (1), programa este considerado pelo próprio Ministério da Educação e por Lei como o “padrão-ouro” na formação de médicos especialistas (2). Contudo cerca de metade destes ficarão de fora desses programas por falta de vagas. A famigerada lei Nº 12.871 conhecida como lei dos “Mais Médicos”, institui

---

<sup>146</sup> Ver lei N 12.871 de 22 de Outubro de 2013 que institui “o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências”. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)



dentre outras **invencionices** que deverá existir vaga de residência para todo egresso do curso de medicina no país. A ideia de que todos possam fazer residência médica é excelente do ponto de vista de melhoria da qualidade da formação médica e também atenderia, pelo menos em tese, a necessidades sociais por atendimento em algumas especialidades.

Em seguida, vemos Caio Nunes escrever no dia 27 de Agosto de 2014, a matéria: **Medicina: a Venda de um Sonho**<sup>147</sup>. Entre a frustração dos estudantes frente ao comércio das faculdades de medicina, a licença indiscriminada à abertura de novas faculdades pelo país e a licenciosidade aferida nalgumas práticas médicas “deformadas” por essa engrenagem social educacional, não pode e nem deve haver licença para matar.

De todas as formas de se vender um serviço ou um produto a mais sedutora é a venda do sonho.

Existem no nosso país milhares de jovens que sonham ser médicos. Grande parte desses movidos por sentimentos altruístas de ajudar o próximo e melhorar a saúde das pessoas, e também de forma concomitante por sentimentos de ordem sócio-econômica, como, certo status profissional, ganhos financeiros futuros e empregabilidade. Sabemos que não há vagas nas nossas universidades (sejam públicas ou particulares) para todos que desejam optar por essa carreira e desta forma existe um mercado de alunos em potencial gigantesco o que gera uma especulação grande do mercado de ensino. O fato é que a faculdade de medicina se tornou “a cereja do bolo” para qualquer empreendedor do ramo de educação. Mensalidades em torno dos 5.000,00 reais(1) (tão caras quanto as universidades americanas), valorização por tabela dos outros cursos (já que ter medicina é um referencial de certo modo), valorização dos terrenos adjacentes e especulação imobiliária local, venda de serviços (restaurantes, hospedagem, empresas de formatura) e melhora da oferta de profissionais de saúde. É uma mina de ouro. Todo prefeito sonha em ter uma faculdade de medicina em sua cidade. Com base nos dados de demografia que apontaram que o médico tende a se fixar no local onde fez faculdade ou onde fez residência médica(2), o Ministério da Educação (MEC) tem liberado licenças para funcionamento de faculdades de medicina em cidades sem a menor estrutura para comporta-las. Algumas cidades do interior da Bahia por exemplo, não contam nem com médicos especialistas no local e já contam com projetos de escola médica aprovado. Uma vez que as faculdades de medicina e residências médicas já se concentram em sua maioria em cidades com porte maior onde se é possível desenvolver uma carreira de forma digna e com perspectivas de inserção mercadológica para o jovem profissional. O que há que se entender é que o médico irá se fixar onde tiver chances de desenvolver uma medicina de qualidade, com educação continuada e chances de crescimento profissional. Logo a estratégia de criar faculdades de medicina no interior do país para resolver o problema de interiorização de médicos é no mínimo equivocada, no meu entender. A publicação do relatório de Flexner (3), em 1910 nos EUA, começava a lançar as bases para o ensino médico sistematizado e baseado em conhecimento científico, tirando um pouco da “arte” na

---

<sup>147</sup> <https://academiamedica.com.br/medicina-a-venda-de-um-sonho/>. As fontes indicadas no artigo são: 1. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/mensal.php> Acessado em: Agosto – 2014. 2. CFM/IBGE; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2011. 3. Flexner, Abraham (1910), Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4.

medicina e aproximando-a mais de uma técnica científica. Tal relatório ajudou a padronização das escolas médicas, principalmente no sentido de criar uma qualidade mínima para o funcionamento destas. A consequência disto foi o fechamento das menores instituições que não preenchiam os critérios mínimos (parece que em pleno século XXI, no Brasil, estamos indo na direção contrária não é?). Faltarão alunos? Não! Faltarão laboratórios equipados de anatomia ? Talvez. Faltarão professores? Não para os dois primeiros anos, onde se é permitido aos profissionais da saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas...) ensinarem aos futuros médicos as matérias básicas (anatomia, fisiologia, bioquímica, histologia...). Faltarão um bom internato (parte do curso mais prática e mais relevante para o real aprendizado)? Certamente! Faltarão hospital universitário com o mínimo de recursos para o aprendizado decente? Certamente! É só aguardar mais alguns anos e veremos greves estudantis, médicos com formação cada vez pior, aumento do número de processos por erro e degradação profissional. Por que ao invés de abrirem novas faculdades não seria melhor fortalecer e estruturar as já então existentes? Por que flexibilizar a qualidade em função do interesse mercadológico puro? Por que vender de forma tão leviana um sonho tão nobre, aos nossos jovens? Por que não tentar resolver o problema da interiorização de forma digna com uma carreira estruturada para o profissional médico? Você que quer ser médico não deixe o temor e a dureza do desafio do vestibular flexibilizar sua meta. Queira o melhor para você e para seus futuros pacientes, estude a instituição que pretende cursar e não se deixe seduzir pelo caminho fácil das universidades fajutas. Não deposite seu sonho e sua cara mensalidade em qualquer cofre. Saúde não é brincadeira e CRM não pode nem deve ser licença para matar.

Acionaremos esse debate do ponto de vista privado e público. Do ponto de vista privado, através do site *Medcel- Residência Médica* mencionado ao final do tópico anterior e que foi objeto de nosso interesse após mapearmos o seu acesso realizado por estudantes de medicina envolvidos em nossa pesquisa. Se localizando no campo da educação à distância, a página se apresentou da seguinte forma numa postagem dos dias 17 e 18 de Dezembro de 2015.

MEDCEL.TECNOLOGIA QUE APROXIMA.A MEDCEL é pioneira na realização de cursos preparatórios para residência, especializações e atualizações médicas na modalidade de Educação à Distância, com metodologia própria e infraestrutura de alta tecnologia que leva conhecimento para todo o Brasil há mais de 10 anos. Saiba mais: [www.medcel.com.br](http://www.medcel.com.br) (...) Seja na preparação para a residência, para especializações ou atualizações na área de saúde, a MEDCEL ajuda os profissionais a se aperfeiçoarem e conquistarem seus objetivos. Confira em nosso site os cursos preparatórios que oferecemos: [www.medcel.com.br](http://www.medcel.com.br)

O site indica em pelo menos dois momentos, o cenário das provas práticas. Em 5 de Setembro e em 26 de Setembro.

Confira as fotos da primeira turma do segundo semestre de 2016 do Treinamento para Prova Prática. Ainda não fez sua matrícula? Então confira as próximas turmas e garanta sua vaga: [medcel.com.br/tpp](http://medcel.com.br/tpp) (...) Confira as fotos da segunda turma do segundo semestre de 2016 do Treinamento para Prova Prática. Ainda não fez sua matrícula? Então confira as próximas

turmas e garanta sua vaga: <http://www.medcel.com.br/.../p.../treinamento-prova-pratica.html>

Dentre os vários assuntos abordados <sup>148</sup>, destacamos aqui o da prova REVALIDA <sup>149</sup> que trata da validação dos diplomas de alunos de medicina e pessoas que se formaram no exterior e desejam exercer a medicina em solo brasileiro. Marcado por mudanças recentes <sup>150</sup>, acena o site ao seu mercado consumidor de bens simbólicos.

A Prova REVALIDA já tem uma provável data. O edital do INEP está no ar. Se você se formou em Medicina no exterior e quer trabalhar no Brasil, chegou sua hora! <http://bit.ly/EditalRevalida>”

Logo em seguida pergunta o cliente ao site.

Certo, e quanto ao livro de questões comentadas de quem se inscreveu, que dia enviará aos alunos do extensivo? Eu sou um aluno formado no exterior que quero trabalhar no Brasil e me inscrevi no medcel, acho muito importante um planejamento melhor de vocês para possibilitar isso, pois até hoje não recebi o livro de questões comentadas, não tem calendário acadêmico que permita ao aluno montar seu plano de estudo, ou seja, falta um pouco mais de organização e empenho, no mais, as aulas e os professores são muito bons!!!!”

Responde o site <sup>151</sup> – “Oi Dr. Leo, nosso livro será enviado no mês de Setembro, agradeço as sugestões e já estamos com projetos para incluir essas melhorias solicitadas. Que bom que gostou de nossas aulas! “O site “garante” ainda a aprovação dos seus clientes nos certames a que se dispõe preparar.

---

<sup>148</sup> Por exemplo: O site realiza mapeamentos dos programas de residência médica espalhados pelo país e produz guias para os estudantes de medicina. E o que presenciamos numa postagem de 9 de Outubro de 2014. “Chegou o Guia do Residente 2014. Faça o download gratuitamente deste e-book, que reúne informações do último ano sobre os Programas de Residência Médica (PRMs) oferecidos por instituições de todo o país. Aproveite: [www.medcel.com.br/guiadorecidente](http://www.medcel.com.br/guiadorecidente)”

<sup>149</sup> Ver “Prova de habilidades clínicas para revalidação de diplomas tem novas datas Exame. A realização das provas do Revalida está prevista para os dias 30 e 31 de janeiro de 2016” <http://www.brasil.gov.br/educacao/2015/11/prova-de-habilidades-clinicas-para-revalidacao-de-diplomas-tem-novas-datas>.. Ver o Sistema de Revalidação dos Diplomas Estrangeiros localizado institucionalmente no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Ver <http://revalida.inep.gov.br/revalida/inscricao/>

<sup>150</sup> Ver matéria do dia 23 de Junho de 2016. “ MEC aprova regras na revalidação de diplomas estrangeiros no país” . <http://www1.folha.uol.com.br/educacao/2016/06/1784723-mec-aprova-regras-na-revalidacao-de-diplomas-estrangeiros-no-pais.shtml>

<sup>151</sup> Outra cliente pergunta sobre uma aula intensiva preparatório. “Oi!! Terão alguma aula intensiva para prova do revalida?” Responde o site funcionando no limiar do universo público e privado. : “Oi Dra. F. I.T. C. Temos o curso *Intensivo Revalida*, deixe *via inbox* seu e-mail ou telefone que vamos entrar em contato e passar as informações”. ( grifos meus). Uma chamada para um curso extensivo foi efetuada no dia 4 de Janeiro. “CONTAGEM REGRESSIVA PARA INÍCIO DO EXTENSIVO 2016. Garanta sua vaga na Residência Médica com 25% de desconto utilizando o cupom MEDCEL25.As aulas começam neste sábado. APROVEITE: <http://www.medcel.com.br/cursos/r1>”

Novo e-book gratuito! Aprenda o essencial em Neonatologia. E-book com mini simulado, dicas e resumo. Garanta sua aprovação nos concursos médicos com a Medcel. <http://www.medcel.com.br/neonatologia>.

Datas cerimoniais e slogans motivacionais<sup>152</sup> são aproveitadas como uma oportuna forma de angariar e arregimentar novos clientes. É o caso de 7 de Maio, dia do Oftalmologista. A chamada no pôster virtual diz: “Anos de estudo para fazer as pessoas enxergarem melhor” Há uma redução escalonada das letras desses dizeres simulando os testes oftalmológicos, logo em seguida.

A Oftalmologia é a especialidade médica à qual cabem o estudo, o diagnóstico e o tratamento das doenças e lesões do olho e seus órgãos anexos. O oftalmologista dedica-se não só aos aspectos patológicos da visão, mas também à análise de sua fisiologia. A Residência Médica em Oftalmologia é de acesso direto, e dura três anos. [#ResidênciaMédica #VemPraMedcel](https://www.instagram.com/ResidenciaMedicaVemPraMedcel)<http://www.medcel.com.br/>

No dia 14 de Agosto, dia do Cardiologista<sup>153</sup> vemos nova chamada. No pôster virtual, lemos que “É dia de celebrar. É dia de desconto na Medcel. 14/8: Dia do Cardiologista. 20% OFF em qualquer curso”. E, em seguida, a chamada mercantilista<sup>154</sup> ao estudo.

Comemore o Dia Do Cardiologista! Estude onde e quando quiser! Aulas online com reprises ilimitadas, simulados, livros e metodologia exclusiva. Utilize o cupom S2 e ganhe 20% de desconto EM QUALQUER CURSO <http://bit.ly/CardiologiaS2> Válido só hoje (14.08) [#VemPraMedcel](https://www.instagram.com/VemPraMedcel)

A mercantilização da educação médica volta-se às seleções e concursos nas áreas de especialização. Mais uma chamada do site nos indica essa direção. Nela até mesmo as dicas, os bizus, as artimanhas de como responder corretamente as questões da seleção para a residência médica são revelados. O imaginário de um cursinho pré-

---

<sup>152</sup> Em 9 de Setembro de 2015, lemos junto a uma figura de um homem saltando entre duas montanhas: “Essa é para vocês que não desistiram da vaga na residência. Pelo tamanho da sua luta: você já pode imaginar como será a vitória? “. Para ver o processo de produção de subjetividades e indivíduos empreendedores ver

<sup>153</sup> Ver, por exemplo a divulgação via redes sociais de manuais da Telemedicina Morsch/ Cardiologia no mês de Outubro de 2016. Trata-se de um “e-book gratuito” em forma e conteúdo de manual de eletrocardiograma voltado para os médicos do trabalho que tem como *objetivo melhorar a qualidade dos exames cardiográficos realizados nas clínicas dos médicos do trabalho*. A postagem pergunta e responde a sua produção social de crenças, desejos, necessidades e possibilidades profissionais num campo de atuação médica. “ Quer melhorar a qualidade dos exames eletrocardiográficos realizados em sua clínica? Criamos um manual e tabela de conduta que vai aprimorar a análise das alterações encontradas em um eletrocardiograma de rotina.”

<sup>154</sup> No dia 16 de Maio, A página comemora 50.000 likes e acessos com as frases: “ Chegamos em 50.000 curtidas! <3 [#AmorQueNaoSeMED](https://www.instagram.com/AmorQueNaoSeMED) [#VemPraMedce](https://www.instagram.com/VemPraMedce). Somos 50 mil apaixonados por Medicina”. Isto é reforçado ainda por meio de um outro slogan publicitário inscrito no imaginário do marketing educacional “ Medcel: aprendizado que garante conquistas”.

vestibular não poderia ser mais próximo. O corpo docente é composto por diversos professores oriundos de universidades federais. Assim percebemos como as fronteiras entre o universo público e privado é tênue. Numa postagem patrocinada, do dia 13 de Outubro de 2016, lemos

MEDCEL. Estude para as provas de Residência Médica das instituições da região Sudeste. #SempreDoSeuLado. Reta final. Provas para Residência Médica. SUS, SES, CREMESP. Saiba como fazer as provas. Aulas online focada na discussão de questões aplicadas em prova, com dicas de como responder corretamente para você conquistar sua Residência Médica. Reta Final Sudeste 2016. Início em 3 de Outubro. Mais de 40 horas de vídeo aulas. Com uma metodologia focada na discussão de questões que caíram em provas de instituições como, SUS SP, SES RJ, CREMESP, os professores apresentam as perguntas dando dicas de como respondê-las corretamente. Todo o conteúdo programático foi elaborado por meio de estudo estatístico com base nas provas dos últimos 7 anos. Para maior dinamismo e melhora no processo cognitivo, o curso utiliza diversos recursos audiovisuais e interatividade. 2x R\$625,65.Ou à vista com 15% de desconto: R\$1.063,60. Valor válido até 15/10/2016 Informações Práticas. QUANDO. O curso vai acontecer na semana que antecede a prova, acompanhe o nosso site. REPRISES ILIMITADAS. Assista a mesma aula quantas vezes quiser até 31/12/2016. GANHE GUIA DE BOLSO. Um super-resumo dos principais temas dos concursos de Residência Médica, inteiramente composto por tabelas, imagens e fluxogramas. Ideal para as vésperas das provas. Programação do Curso. Ginecologia; Obstetrícia ; Pediatria; Epidemiologia ; Cardiologia; Pneumologia; Endocrinologia; Hematologia ; Neurologia; Reumatologia; Nefrologia; Asma grave; Infectologia; Cirurgia Geral; Cirurgia do Trauma; Gastroenterologia. Corpo Docente. **Jader Burtet** Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Residência Médica no Hospital Santa Casa de Porto Alegre. Preceptor do serviço de Mastologia e Ginecologia do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre. Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Especialista em Mastologia pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM).

**Fábio Cabar**  
Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo. Residência médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Foi médico preceptor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP. Mestre e doutor em Obstetrícia e Ginecologia pela Universidade de São Paulo. Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

**Vinicius Moreira Gonçalves**  
Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Pediatria pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. Mestre em Pediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Título de especialista em Pediatria e Terapia Intensiva Pediátrica. Professor assistente do Departamento de Pediatria da UERJ e médico do setor de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro (INCA-RJ).

**Lucas Primo**  
Médico formado pela Faculdade de Medicina da UFRGS. Sócio-fundador e professor do curso de Epidemiologia da EBM Academy Desenvolvedor de conteúdo de ensino de medicina baseada em evidências para internet.

Envolvimento com pesquisa em psiquiatria e epidemiologia pela UFRGS/HCPA desde 2009. Doutorando em Psiquiatria pela UFRGS com ênfase em Psicometria. Residente em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Rafael**

**Munerato**

Graduado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Especialista em Arritmia Clínica pelo Instituto do Coração (InCor) - HC FMUSP. Diretor Médico Regional SP - DASA. Diretor Técnico do Hospital Santa Paula, São Paulo, SP, por 4,5 anos. Médico assistente do departamento de métodos gráficos do Instituto do Coração (InCor). Coordenador do pronto-atendimento de Cardiologia do Hospital Santa Paula em São Paulo. Curso de Residência Médica Clínica Geral - Área Clínica Médica - Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Curso de Residência Médica Cardiologia Geral - Área de Cardiologia Clínica do Instituto do Coração (InCor) - HC FMUSP. MBA de Gestão em Saúde pela FGV.

**Fabício**

**Valois**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Clínica Médica no Conjunto Hospitalar do Mandaqui. Especialista em Pneumologia e Doutorado em Pneumologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde é Pneumologista do Grupo de Transplante Pulmonar. Professor da disciplina de Semiologia da UFMA.

**Licia**

**Milena**

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo e em Filosofia pela Universidade São Judas Tadeu. Especialista em Psiquiatria e em Medicina Legal pelo HC-FMUSP. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo AMBAN do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Título de Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Médica Assistente do Instituto de Psiquiatria no HC-FMUSP.

**João**

**Ricardo**

**Tognini**

Médico formado pela UFMS. Residência em Cirurgia Geral UFMS. Mestrado e Doutorado UNIFESP. EPM em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Professor titular de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina UFMS. Titular do colégio brasileiro de Cirurgiões. Diretor de Núcleo ATLS - Campo Grande MS.

**José**

**Américo**

**Bacchi**

**Hora**

Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Cirurgia Geral e em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), onde foi preceptor da disciplina de Coloproctologia. Guia de Bolso. Ideal para vésperas de provas, esse material funciona como um super-resumo dos principais temas exigidos nos concursos de Residência Médica. Para facilitar o entendimento, ele é composto inteiramente de tabelas, imagens e fluxogramas. Disponível nas versões impressa e e-book para iPad. Coleção completa enviada em Julho

Através desses exemplos percebemos como opera toda uma rede e uma estrutura educacional e virtual de cursinhos intensivos e preparatórios no campo da educação médica.<sup>155</sup>

Averiguando um exemplo noutro lado da questão, do ponto de vista institucional da educação pública, o NUTEDS da Universidade Federal do Ceará,

---

<sup>155</sup> O mercado editorial de e-books é acionado. “Confira os livros disponíveis e facilite o seu ingresso na residência”. Ver: <http://www.medcel.com.br/livros.html>



apoia o Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoria Médica na UFC em parceria com outras entidades e associações. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) contando com o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) promoveram o Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria, no período de maio a outubro deste ano<sup>156</sup>. A ideia é implantar um programa de desenvolvimento da prática da preceptoria na Residência Médica, pautado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina. O objetivo principal, dessa forma, é promover o desenvolvimento da Educação Médica.

Foram oferecidas vagas para Cursos nos 12 Centros de Referência e nos 6 Centros Colaboradores do Projeto Preceptoria da ABEM. Entre os centros de referência, estão as instituições que tenham formado a 1ª turma do curso em 2012, dando continuidade às ações locais de formação de preceptores desde então. As universidades federais do Acre, Bahia, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Maranhão, Pará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Roraima e a Universidade Federal do Ceará (UFC) fazem parte do Grupo.

Na UFC, o projeto contava com apoio do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde (NUTEDS/UFC). Ministrado como Curso de Extensão, terá oferta gratuita com direito a certificado, com carga horária total de 180h, sendo 60h em atividades presenciais (2 momentos presenciais de imersão durante 3 dias) e 120h em atividades de ensino à distância. No intervalo dos encontros presenciais será necessário o investimento contínuo de carga horária diária no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

O Curso ofereceu 30 vagas<sup>157</sup>. Destas, 5 vagas serão reservadas a profissionais de saúde e/ou docentes que exercem a preceptoria. Esses serão indicados

---

<sup>156</sup> Ver matéria no Jornal Diário do Nordeste de 6 de Outubro de 2016. “ Abertas inscrições para 603 vagas nos programas de Residência Médica no Ceará. A Inscrição online segue até amanhã; a prova escrita será realizada em 13 de novembro e, a prática, em 11 de dezembro.” <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/online/abertas-inscricoes-para-603-vagas-em-programas-de-residencia-medica-no-ceara-1.1627819>. Ver as resoluções 1 e 2 de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica, criada pelo decreto 80.121 de 5 de Setembro de 1977. A primeira resolução de 25 de Maio de 2015 regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. A segunda resolução de 27 de Agosto de 2015, adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica ao art. 22 da Lei 12.871 /2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica.

<sup>157</sup> Todos os candidatos, inclusive aqueles indicados pelo Centro de Referência da UFC, deveriam efetivar a sua inscrição exclusivamente via internet até o dia 10 de abril de 2015 por meio do



pelo Centro de Referência da Universidade Federal do Ceará, que sedia o Curso. Outras 10 vagas serão indicadas pela Diretoria de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade. As demais serão de livre concorrência. Podem se inscrever para o processo seletivo profissionais de saúde e/ou docentes que exercem a preceptoría em Programas de Residência Médica e/ou Graduação em Medicina.

## **2.16 Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC (NUTEDS/UFC)**

O núcleo se inscreve num debate maior. É o que podemos perceber quando atentamos para as relações entre a internet e a saúde. Elas foram abrigadas tematicamente na chamada aos trabalhos de grupo de trabalho no 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde<sup>158</sup>.

INTERNET E SAÚDE . A internet é um meio essencial de educação, comunicação e gestão da informação em todas as esferas de atividade. Neste contexto a saúde desponta como uma das áreas em que há cada vez mais informação disponível para um número cada vez maior de interessados. Nem todas as informações estão corretas ou são compreensíveis. Este aspecto coloca em cena a questão da qualidade da informação de saúde na Internet. Além de obter, os cidadãos podem compartilhar informações e experiências sobre saúde ou doença nas redes sociais on line. Este aspecto introduz na agenda a questão da vida nas comunidades virtuais de saúde na Internet. Uma das consequências desta experiência tem sido observada no “paciente informado”: uma pessoa que conquistou habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo no processo de decisão que envolve sua saúde e a gestão de suas condições de vida. Sua postura e atitudes contestam a tradicional relação médico-paciente ancorada na soberania da palavra do profissional. Assim destaca-se a questão do empoderamento do cidadão, em saúde, derivado da obtenção e compartilhamento de informações disponíveis na Internet. Cresce o número de instituições públicas e privadas que utilizam a internet para compartilhar conhecimentos, informações oferecendo serviços e cursos em portais e páginas da web que podem ser acessadas em qualquer hora e lugar. Propomos que este GT seja organizado três pontos de convergência: Avaliação de Qualidade de Informação em Saúde na Internet; Empoderamento nas Redes Sociais de Saúde na Internet; Experiências de Educação em Saúde on line. Propomos realizar atividades com pesquisadores e militantes da/na Internet e/ou que façam dela seu tema preferencial de reflexão/atuação na saúde. Esta proposta se justifica na medida não há como pensar em “sermos sociedade” sem enfrentarmos os desafios teóricos e práticos colocados pela presença da Internet na vida do cidadão. Os autores devem assinalar, no resumo a ser enviado, um dos 3 temas que serão

---

preenchimento da ficha de inscrição, disponível online. Os critérios de seleção e o cronograma dos encontros e aulas a distância foram disponibilizados no edital do concurso. Além disso, os candidatos poderiam ainda acessar o termo de compromisso e o modelo de declaração institucional necessários para a inscrição, no final do edital.

<sup>158</sup> Ver <https://www.abrasco.org.br/site/2016/01/7o-congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/>

abordados em nossas reuniões: A. Avaliação da qualidade da informação de Saúde na Internet; B. Redes Sociais on line em Saúde; C. Experiências de Educação On Line em Saúde; Coordenadores: ANDRE PEREIRA NETO (ENSP); Ana Valéria Machado Mendonça (UNB); Cristianne Famer Rocha (UFRGS)

Lucia Santaella, conhecida pesquisadora do campo das mídias virtuais no Brasil, escreveu uma interessante ressalva sobre a educação a distância. Vamos checar o que a autora tem a nos oferecer com as suas observações contextualizadas no marco dos desafios, limites, euforias e potenciais tecnológicos da educação na era da terceira Revolução Industrial <sup>159</sup>.

Quando passamos para a educação a distância, creio que uma reflexão é indispensável. Costuma-se chamar de educação a distância todas as formas de aprendizagem que vieram depois dos meios de comunicação de massa, quais sejam, o *e-learning* e o *m-learning*. Assim, a educação a distância é concebida como um campo em expansão, que teve início ainda antes dos meios de massa, nos sistemas educacionais via correio, passaram então para o ensino por meio de telecursos, até atingir hoje todas as formas de ensino-aprendizagem em mídias digitais. Discordo dessa generalização, pois ela, mais uma vez, deixa de lado distinções que precisam ser consideradas. Creio que é apenas ao modelo educacional próprio das mídias massivas que cabe com justeza o título de educação à distância, tal como está operada via rádio, telecursos, vídeo e outras vias similares. Isso porque, nesses casos, de fato, trata-se de uma educação que se processa a distância, o que não é o caso quando o diálogo humano-computador está em atuação. Além disso, quando a ubiquidade entra em cena, a ideia da distância tem de ser necessariamente afastada. É preciso ainda constatar que a maioria dos modelos educacionais, submetidos à lei da inércia, que é marca registrada da maioria das instituições de ensino, ainda permanece inamovível e presa exclusivamente à lógica da era de Gutemberg. Os resultados obtidos pelo

---

<sup>159</sup> Conforme nos indica a autora, ao elencar as cinco gerações tecnológicas que ela estabelece como sendo as seguintes: tecnologias do reprodutível (jornal, foto e cinema), da difusão (rádio e televisão), do disponível (walkman, vídeo cassete, máquinas de xérox), do acesso (computador) e da conexão contínua (telefone celular). Segundo Lucia Santaella, a primeira revolução industrial resultou da invenção de máquinas mecânicas que substituíram as ferramentas manuais na produção de bens materiais. A segunda revolução incorporou a energia elétrica, acelerando sobremaneira a industrialização. A terceira “começou na década de 1970, com a difusão do transistor, do computador pessoal e das telecomunicações. Sobre as relações entre tecnologia cultura, comunicação e sociedade ver Vilém Flusser, André Lemos, Nestor Canclini, André Parente e os futuros antropológicos de Michael Fischer. Ver um clássico sobre a relação entre Cibernética e Sociedade e um dos primeiros livros em que a palavra e o conceito de Cibernética emergiu.. Ver WIENER, Norbert. **Cibernética e Sociedade**: o uso humano de seres humanos. São Paulo: Cultrix, 1954. Nessa obra, o então professor de Matemática do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (M.I.T) versa sobre a história da cibernética, o progresso e a entropia, a rigidez e a aprendizagem como dois padrões no comportamento comunicativo, o mecanicismo e a história da linguagem, a organização como mensagem, as relações entre a comunicação, o sigilo e a política social, o papel do intelectual e do cientista, a Primeira e a Segunda Revolução Industrial. Wiener versa ainda sobre algumas máquinas de comunicação e seu futuro e as relações entre linguagem, confusão e osobstrução na visão do autor. Ver ainda a tese de doutorado de Herbert Marshall McLuhan sobre o período medieval, a problematização da Grammatica, da Dialética e da Retórica a partir da obra de Thomas Nashe (1567-1601). Estudo anterior e fundamental às análises midiáticas a partir das quais o canadense se tornou mundialmente conhecido. McLUHAN, Marshall. **O Trivium Clássico**: o lugar de Thomas Nashe no Ensino de Seu Tempo. São Paulo: É Realizações, 2012

modelo à distância, por sua vez, sempre foram discretos, especialmente, porque tendem a copiar para as telas ou rádios, de maneira artificial, os procedimentos de ensino que são próprios das atividades presenciais, além de que os processos de recepção das mensagens das mídias massivas são processos reativos, contrários às operações da aprendizagem, que implicam o agenciamento e a participação do aprendiz. (SANTAELLA, 2013; 297)

Segundo o portal da Universidade Federal do Ceará, o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da Universidade Federal do Ceará, NUTEDS/UFC, criado pela portaria nº 76 de 15 de janeiro de 2010, do Magnífico Reitor Jesualdo Pereira Farias, com caráter multidisciplinar, tem como principais finalidades apoiar projetos de uso das Novas Tecnologias da Informação e das Informações – NTICs na área da saúde, entre eles o Projeto Rede Universitária de Telemedicina (do Ministério das Ciências e Tecnologia, por meio da RNP), o Projeto Nacional de Telessaúde e, mais recentemente, da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Essas duas últimas ações consistem iniciativas do Ministério da Saúde, propostas e implantadas pela Secretaria da Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde – SGTES. Por outro lado, o Núcleo destina-se também a ser o ponto de apoio para a introdução ao uso das NTICs na área da Saúde da UFC, notadamente no que se refira à Educação a Distância online (EaD online) e à prática efetiva de ações de Telessaúde e Telemedicina, sempre com a visão primordial de apoio à Atenção Básica.

Entre suas diversas atividades pioneiras podem ser destacadas, na EaD online, a oferta do primeiro Curso de Formação de Tutores para Educação a Distância online em Saúde, do primeiro curso de Formação de Conteudistas para Educação a Distância online em Saúde, e a oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família (com 1000 vagas) sob os auspícios da UNA-SUS/MS. Na área da Telessaúde e Telemedicina, o NUTEDS/UFC tem prestado relevante trabalho disponibilizando um sistema de consultas *offline* para fornecer apoio dentro dos princípios da Segunda Opinião Formativa, um programa constante de palestras ministradas por webconferência para Pontos do Núcleo de Telessaúde do Ceará instalados em diversas cidades do interior do Estado (em número de 100), além de ações de Telecardiologia e Teledermatologia, com plantões diários fixos na primeira das atividades e *offline* na segunda. Mantém ainda dois Projetos de Extensão, destacando-se o Projeto Ciclo de Palestras do NUTEDS e o Projeto de Pesquisa Documentária, esse último voltado à melhoria do letramento informacional para profissionais da saúde. Tendo em vista

atender ao esforço para melhorar também o letramento digital desses profissionais deverá ofertar brevemente um curso rápido sobre esse tema, com duração de uma semana, que deverá se repetir periodicamente, tornando-se atividade constante. Para essas ações utiliza um Ambiente Virtual de Aprendizagem free, o Moddle<sup>160</sup>, padrão que tem se disseminado na área da saúde de diversas outras IES no país. O NUTEDS está cadastrado como grupo de pesquisa no CNPq, em substituição ao antigo Grupo de Estudos em Tecnologia das Informações e Teleinformática em Saúde – GETITS, criado inicialmente há cerca de quase dez anos.

O NUTEDS/UFC tem ainda sob sua responsabilidade a manutenção de páginas eletrônicas, com destaque para a primeira delas e já em funcionamento há praticamente dois anos, a do Núcleo de Telessaúde do Ceará (<http://telessaude.medicina.ufc.br>), a recém publicada página da Faculdade de Medicina (<http://www.medicina.ufc.br>) e a próxima página ora em estruturação, a do próprio Núcleo, <http://www.nuteds.ufc.br>.

Entre várias outras realizações o NUTEDS/UFC vem se destacando por manter atividades de videocolaboração, com vídeo e webconferências, estas últimas utilizando um sistema open source, permitindo hoje conectar até 100 pontos simultaneamente, e as aulas e palestras ministradas por esses sistemas são gravadas e posteriormente disponibilizadas na página do Telessaúde por videostreaming, de forma inteiramente gratuita.

O NUTEDS/UFC acha-se interligado à Rede Gigafor, portanto com banda larga disponibilizando acesso, via Labmed (antigo Laboratório de Informática da Faculdade de Medicina) para todo o complexo da Saúde da UFC. Diversas parcerias são mantidas com visão colaborativa, tanto com outros Núcleos de Telessaúde do país, quanto com instituições locais, com destaque para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS, a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará - SESA, a Escola de Saúde Pública - ESP e o Conselho das Secretarias e Secretários de Saúde do Estado do Ceará – COSSEMS/CE<sup>161</sup>.

---

<sup>160</sup> Ver RUIZ-MORENO, Lúcia et al. **Formação Didático-Pedagógica em Saúde: Avaliação da Proposta Bimodal no Ambiente Moodle**. In SONZOGNO, Maria Cecília. SEIFFERT, Otília Maria Barbosa. **Ensino em Ciências da Saúde: formação e prática profissional**. São Paulo: Fap- Unifesp, 2015 pp 281-292.

<sup>161</sup> Uma curiosidade histórica e geográfica se apresentará aqui. Em matéria do Diário do Nordeste de 13 de Setembro de autoria de Murilo Viana, lemos que “ *Cabos para a África e Europa serão os próximos*

## 2.17 Laboratório de Habilidades Clínicas da FAMED

Coordenado pelos professores Valeria Goes Ferreira Pinheiro e - Francisco das Chagas Medeiros o treinamento de habilidades clínicas dentro do currículo médico visa desenvolver as competências necessárias para o exercício adequado da medicina. O treinamento de habilidades implica num conjunto de saberes e práticas. Para tanto, o estudante de medicina deverá familiarizar-se com técnicas voltadas para o desenvolvimento da comunicação e de destrezas manuais. Esses atributos são importantes para proporcionar capacitação técnica e desenvolvimento de raciocínio lógico, integrando conhecimentos básicos e clínicos.

O programa compreende diversos módulos, assim distribuídos: treinamento de habilidades de comunicação, como, por exemplo, ao realizar entrevistas, histórias clínicas e discussão de situações clínicas; treinamento de habilidades clínicas específicas, tais como a realização de exame físico, de procedimentos médicos e de exames laboratoriais; acesso aos meios contemporâneos de informação médica e capacitação para a leitura crítica de artigos e textos.

Para o desenvolvimento deste programa foi implantado na Faculdade de Medicina da UFC o Laboratório de Habilidades. Esse novo espaço de aprendizagem dispõe de infraestrutura adequada, facilitando o treinamento do exercício da prática médica. Utilizam-se a simulação de situações e programas específicos e estruturados, respeitando preceitos éticos e humanísticos.

A proposta do Laboratório de Habilidades é propiciar, de forma interativa, a abordagem dos vários aspectos clínico-laboratoriais envolvendo as patologias clínico-cirúrgicas. Para tanto serão utilizados manequins, vídeos, simuladores e outros materiais

---

*a chegar. Angola Cables já trouxe primeiro cabo e trará o segundo em 2018. Outros dois estão em negociações avançadas*". A matéria relação a intenção do governo do Estado do Ceará implantar um *Hub Internacional de Telecomunicações* na cidade de Fortaleza. O local geográfico onde o Cabo Monet será aterrado para conexão se situa na Praia do Futuro, em área situada em frente ao *Clube do Médico*. Na mesma edição do jornal obtivemos ainda outras duas informações. A primeira delas versa sobre a prorrogação do programa Mais Médicos por mais três anos. *"Mais Médicos: Temer sanciona prorrogação"*. A segunda versa uma proposta de mudança de pagamentos e ressarcimentos entre planos de saúde privados e o setor público de saúde. *"Planos de Saúde. Governo estuda mudar pagamento"*. Ou ainda matéria, no mesmo dia e sentido publicada no jornal "Estadão". "Governo estuda mudar pagamento dos planos de saúde pelo uso do SUS. Reembolso seria feito diretamente para quem cuidasse do paciente; especialistas veem ameaça ao atendimento". O entendimento crítico da proposta é o de que avança no governo a proposta que torna mais fácil para os planos de saúde "empurrarem" para o Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento de procedimentos caros e de alta complexidade.

criativos desenvolvidos por docentes e/ou discentes, incluindo a montagem de estações planejadas, possibilitando assim a repetição do processo e a utilização para avaliações formativas e somativas.

O laboratório pensa e programa atividades que possam ser desenvolvidas dentro da estrutura do currículo do curso de medicina da UFC. Alunos ou profissionais são convidados a participar das atividades programadas.

## 2.18 A medicina baseada em evidências

A questão das evidências na Medicina é problematizada desde a filosofia antiga. Galeno, no livro *Sobre a Medicina Empírica*, dialoga com algumas impressões de Demócrito para balizar a sua discussão <sup>162</sup>. As relações entre a cultura, os sentidos, a inteligência, a aparência, a Medicina, a evidência, a empiria e a produção intelectual de constatações empíricas tautológicas que fundamentam os princípios dessas relações são interrogadas.

Pois se nem é capaz de começar sem a evidência, como poderia ser digno de fé fundamentando-se naquela que lhe fornece os princípios? Ciente disso, também Demócrito, quando ataca as aparências dizendo: Por convenção há cor, por convenção há o doce, por convenção há o amargo, mas na realidade os átomos e o vazio, *imagina os sentidos respondendo à inteligência: Pobre inteligência, em nós encontras as provas e falas mal de nós!*” (MARX, 1980: 101)

Contextualizando as definições da autora no contexto social, cultural e político brasileiro, lemos, num texto intitulado: **Da Medicina Preventiva à Medicina baseada em Evidências**, Gastão Wagner de Souza Campos, após sublinhar os estratagemas retóricos que adjetivam termos <sup>163</sup> como o “preventivo” em Medicina Preventiva e o termo “baseada em evidência” utilizado em Medicina Baseada em Evidência, diz que

---

<sup>162</sup> Ver MARX, Karl. **Diferença entre as Filosofias da Natureza em Demócrito e Epicuro**. São Paulo: Global, 1980. A citação está contida na doxografia de Demócrito da obra. Em Outros Fragmentos, logo após outra citação de Galeno; desta feita, *Sobre a Nomenclatura Médica*. Um recorte e uma fundamentação mais próxima do vitalismo de autores mais diretamente implicados nesse trabalho tais como Pedro Nava e Georges Canguilhem pode ser vista em BERGSON, Henri. **Cursos sobre a Filosofia Grega**. São Paulo: Martins Fontes, 2005

<sup>163</sup> A análise pode ser estendida para o uso recorrente e automatizado de termos como ‘saúde’ e ‘médica’ utilizada em áreas como a Sociologia da Saúde, a Antropologia da Saúde, a Sociologia Médica e a Educação Médica. Ver SAILLANT, Francine. GESNET, Serge (org). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.



A medicina baseada em evidências, apoiando-se na estatística e na epidemiologia clínica, significaria uma reforma radical do saber e da prática médica, conseguindo graças a esses novos procedimentos superar uma série de fatos negativos que estariam ameaçando a hegemonia da biomedicina. A introdução deste novo discurso seria potente para regular a incorporação de tecnologia, evitaria a iatrogenia<sup>164</sup>, procedimentos desnecessários e má-prática em geral. Com a nova formação discursiva estaria assegurada a pureza da medicina, doravante, pelo menos em teoria, comprometida apenas com a eficiência de suas práticas. Ao se fazer essa comparação, é de sentir até um pouco de saudade da “reforma” sugerida pela medicina preventiva. Esta pelo menos tentava modificar a medicina importando conceitos das ciências sociais, ainda que restritos a um funcionalismo duvidoso e reducionista. De qualquer forma, aquela reforma dos anos 70 declarava objetivos um pouco mais ousados do que estes do fim de século XX” (CAMPOS *In* AROUCA, 2003; 216)

À reclamação da falta de ousadia proclamada entre as reformas de 70 e do século XXI, vimos a alusão ao diálogo com as Ciências Sociais. O próximo tópico nucleará sua discussão tentando uma aproximação com um método proposto por um dos expoentes da microhistória italiana<sup>165</sup>. A ostensividade do método pode ser avaliada pelo Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde. Incluindo- aí a forma de acesso seletivo e restrito ao pessoal oriundo do campo da saúde<sup>166</sup>.

Sobre o Portal SBE. O Portal Saúde Baseada em Evidências é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC) para o desenvolvimento de uma biblioteca eletrônica com o objetivo de aprimorar o exercício dos trabalhadores da saúde por meio do acesso a conteúdos cientificamente fundamentados, na perspectiva de melhor atender à população. Para fortalecer o Portal SBE, a SGTES/MS estabeleceu em 2015 uma parceria junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS/OMS (BIREME/OPAS/OMS) para incorporação da Prática Baseada em Evidências no processo de trabalho dos profissionais de saúde e de acadêmicos das áreas da saúde. A disseminação da Prática Baseada em Evidências, entendendo-a como importante movimento de mudança nas práticas assistenciais, o uso e disseminação de evidências em saúde, bem como o compartilhamento da experiência na Região das Américas e junto aos países da Cooperação Sul-Sul, também serão finalidades desta parceria. Quem pode acessar? Profissionais das 14 áreas da saúde (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnico em Radiologia); Profissionais e alunos vinculados aos Programas PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) e ao “Programa Mais Médicos para o Brasil”. - Acadêmicos dos cursos das áreas da saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e filantrópicas.

---

<sup>164</sup> Ver ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

<sup>165</sup> Ver LIMA, Henrique Espada. **A Micro-História Italiana: escalas, indícios e singularidades**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

<sup>166</sup> Ver <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>



## 2.19 O método indiciário

Na descrição virtual do livro *Todo Paciente tem uma história para contar* de Lisa Sanders, somos informados<sup>167</sup> que:

A prática médica tem um aspecto sherlockiano: a arte do diagnóstico. Munido de pistas relatadas pelo paciente e provas fornecidas pelos exames físicos e de laboratório, o médico tem que desvendar o enigma, resolver o caso e, em última instância, salvar uma vida. Esse livro permite ao leitor testemunhar o processo de solução de diversos casos misteriosos, cheios de pistas falsas, pseudossoluções e desafios. Autora da coluna que inspirou a aclamada série de TV "House", a dra. Lisa Sanders afirma que apesar de tantos recursos para identificar uma doença, atualmente ainda há muitas falhas de diagnóstico e exames mal interpretados. E faz uma reflexão pioneira sobre os dilemas da medicina diagnóstica em nossa era de alta tecnologia.

A televisiva chamada poderia nos inclinar a aproximar esse método das chamadas abordagens centradas nas pessoas, tal como o método clínico centrado na pessoa (MCCP)<sup>168</sup>. Uma tentação sutil, mas, talvez, enganadora. Limitadora, para ser mais preciso. Não somente às abordagens centradas na pessoa é possível exercitar articulações com as pistas supracitadas. Um imaginário se abre. Vamos percorrê-lo seguindo e confrontando uma intuição.

Ao abrirmos um outro livro, curto é ágil, repleto de passagens literárias do personagem Sherlock, Holmes, Jorgen Nordestron<sup>169</sup> sugere seguirmos os passos do famoso detetive criado por Arthur Conan Doyle para enveredarmos no caminho da Medicina Baseada em Evidências. Na introdução do livro no diz o autor que:

Atualmente, médicos e estudantes de medicina dispõem de uma enorme quantidade de recursos de informação ao alcance da mão, mas muitos se sentem inseguros sobre como encontrar os artigos certos para ler e mais inseguros ainda sobre como interpretar dados científicos

Junto a uma exposição dos princípios que regem a Medicina Baseada em Evidências sob o signo da “hierarquia de confiabilidade das evidências”, o autor afirma que o conceito de evidência é fundamental para muitas atividades, tais como o

---

<sup>167</sup> <https://itunes.apple.com/br/book/todo-paciente-tem-uma-historia/id666071867?mt=11>

<sup>168</sup> Foi ministrada na manhã do dia 10 de Novembro de 2015, por José Mauro Cerratti Lopes (UFCS/POA) a uma oficina com o título O método clínico centrado na pessoa (MCCP) no 53 COBEM. A atividade foi coordenada por Filomena Alencar (UFES)

<sup>169</sup> A introdução é aberta com uma curta definição sobre a BEM “a integração das melhores evidências de pesquisa com a habilidade clínica e as preferências do paciente”. (NORDESTRON, 2007)

Direito e a Ciência, e profissões tais como detetives e clínicos que remetem às bases para crenças e julgamentos sociais, culturais e políticos. No caso da Medicina, as evidências decorreriam de muitos tipos distintos de realidade, incluindo a experimentação, a observação e a experiência. Segundo Nordestron o aumento da informação disponível irá continuar, e a capacidade de manusear novas informações em geral e novas informações científicas em particular será um componente necessário do que ele chama de processo de aprendizado contínuo. Num exercício de antropologia comparativa, as habilidades na busca, avaliação e implementação são tidas como ainda mais importantes no mundo atual do que em qualquer época anterior. Quando devo mudar os processos que uso na rotina? Que novos avanços devem ser aceitos? E quais devem ser rejeitados? Pergunta ele. Os aspectos, situações e a forma de um tipo de racionalidade é descortinada. Nenhum questionamento<sup>170</sup> feito, apenas uma descrição. As aproximação da atividade médica com a detetivesca é sacramentada. Com esse roteiro nas mãos, a lembrança das formas de raciocinar e mapear os crimes assistida nalguns filmes holywoodianos tendo Holmes, como o personagem principal, é quase irresistivelmente acrítica, pelo menos, talvez, ao jogo das grandes representações sociais. A cadeia produtiva cognitiva que envolve o imediatismo da inteligência e a eficiência do detetive na montagem e desmonte de quebra-cabeças misteriosos chama mais atenção do que as condições de possibilidade históricas dessa forma de racionalidade no contexto civilizatório. A alusão ao Aprendizado baseado em problemas (PBL)<sup>171</sup>, também é registrada.

A prática da BEM apresenta semelhanças com o trabalho de um detetive. Em ambos os exemplos, o estágio inicial, consiste na confrontação com um “caso” no qual certos eventos precederam a situação atual. No trabalho do detetive, foi cometido um crime, há a cena do crime, uma vítima e um autor, e ocorreram eventos que precisam ser analisados. No caso médico, existe um paciente que nos chega com certos sintomas; no primeiro momento é preciso fazer um diagnóstico com base nesses sintomas e tentar determinar o que antecedeu o início da doença. Ambos os casos exigem uma linha de raciocínio que envolve uma revisão e uma análise temporal. O chamado “raciocínio retrógrado”, a fim de estabelecer relações causais. Esse tipo de raciocínio retrógrado é um princípio importante, tanto para a assistência à saúde quanto para o aprendizado baseado em problemas (*problem-based learning* – PBL). Esta estratégia pedagógica foi desenvolvida por Barrows, no final da década de 1970, na McCusker University, no Canadá; não por coincidência, o conceito de

---

<sup>170</sup> Mais à frente veremos o posicionamento de entidades estudantis, como a DENEM, sobre o tema do abolicismo penal. Ele é colocado de forma crítica frente as relações entre o Direito Penal, a justiça, a saúde e a sociedade.

<sup>171</sup> MAMEDE, Sílvia (org). **Aprendizagem Baseada em Problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.

BEM foi desenvolvido mais tarde na mesma universidade (NORDESTRON, 2008; 11)

É nesse pé pedagógico da discussão que ele relaciona e situa o personagem Sherlock Holmes. Continuemos, então, antes que alguém pronuncie alguma palavra. Estupefatos, percebemos que o Holmes pode ser tão real quanto ficcional.

Sherlock Holmes é o mais famoso detetive particular da história. Seu criador, Sr. Arthur Conan Doyle, era médico. O protótipo para Sherlock Holmes foi o Dr. Joseph Bell, um de seus professores na Universidade de Edimburgo. Doyle contou que Bell, costumava tentar fazer o diagnóstico de seus pacientes na primeira consulta, antes mesmo que tivessem pronunciado uma única palavra. Conta-se que ele era capaz de descrever os sintomas de seus pacientes, um resumo de sua história médica pregressa e detalhes de sua vida cotidiana com um grau de precisão surpreendente. O Dr. Watson, o leal companheiro de Sherlock Holmes. Era médico e o *alter ego*<sup>172</sup> de Doyle. Assim, a técnica e o *modus operandi* dos dois detetives têm, em parte, raízes médicas. Conan Doyle disse certa vez: “Procurei escrever uma história em que o herói tratasse o crime do mesmo modo como o Dr. Bell tratava a doença” Segundo a lenda, Sherlock Holmes nasceu em 6 de Janeiro de 1854, e como *The Times* ainda não publicou seu obituário, devemos supor que ele continua vivo e com boa saúde, apesar de ter mais de 150 anos<sup>173</sup>. Boatos não confirmados afirmam que ele encontra-se atualmente em Sussex, onde é apicultor. (NORDESTRON: 2008: 11)

Puxando também a questão, é Carlo Ginzburg<sup>174</sup> quem afirma ao cavar os fundamentos do seu método indiciário um vocabulário<sup>175</sup> que muito se aproxima do de Nordestron.

Esboçamos aqui uma analogia entre os métodos de Morelli, de Sherlock e de Freud. Mencionamos a conexão entre Morelli e Sherlock, e entre Morelli e Freud. As semelhanças específicas entre as atividades de Sherlock e Freud foram apresentadas por Steven Marcus (1976<sup>176</sup>). O próprio Freud, por sinal, disse a um paciente (o “Homem-Lobo”) de seu interesse pelas histórias de Sherlock Holmes. Quando, no entanto, na primavera de 1913, um seu colega (T. Reig) sugeriu-lhe um paralelo entre o método psicanalítico e método

<sup>172</sup> Ver José Egon Barros da Cunha, o *alter ego* de Pedro Nava. Seu principal aforisma é “A vida é um romance sem enredo”.

<sup>173</sup> O ideal civilizatório aludido pelo prof. João Macedo Filho numa aula na faculdade de medicina é aqui evocado. Na aula, o personagem mencionado por Waldemar Caracas, histórico torcedor do Ferroviário Atlético Clube.

<sup>174</sup> Ver GINZBURG, Carlo. **Chaves do Mistério: Morelli, Freud e Sherlock Holmes**, IN. ECO, Umberto. SEBOK, Thomas. (orgs). *O Signo de Três: Dupin, Holmes, Peirce*. São Paulo: Perspectiva, 2008. pp 89-129.

<sup>175</sup> E por falar em vocabulário, será Carlos Skliar que aproveitando uma deixa de Walter Kohan nos lembrará e aproximará o significado etimológico do ato de ensinar e da palavra ensino ao que vimos aqui discutindo. A definição é a seguinte: “*Signum*, o elemento principal de *insignare*, remete ao sentido de “signo”, “sinal”, “marca” que se segue para alcançar alguma coisa. O “signo” é “aquilo que se segue”. De modo que o que se dá no ensinar é um signo, um sinal a ser decifrado.” (KOHAN apud Skliar, 2014: 26). Ver SKLIAR, Carlos. **Desobedecer a linguagem**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

<sup>176</sup> Nota de Ginzburg: “Ver também o apêndice bibliográfico em *The Seven Percent Solution*, de N. Meyer, uma novela injustamente bem sucedida na qual Sherlock e Freud aparecem juntos.

sherlochiano, Freud replicou expressando sua admiração pela técnica de Morelli com ares de especialista. Em qualquer dos três casos, minúsculos detalhes proporcionam a chave para uma realidade mais profunda, inacessível por outros métodos. Esses detalhes podem ser sintomas para Freud, ou chaves de mistérios para Sherlock, ou caracteres distintivos de pintura para Morelli. Como explicaríamos essa tríplice analogia? Há uma resposta óbvia. Freud era médico, Morelli possuía graduação em medicina e Conan Doyle havia exercido a profissão médica antes de se estabelecer como escritor. Em todos os três casos, podemos invocar o modelo de semiótica médica, ou sintomatologia, a disciplina que permite o diagnóstico, mesmo quando a doença não pode ser diretamente observada, a partir de sintomas ou signos superficiais, quase sempre irrelevantes aos olhos do leigo<sup>177</sup>... Até mesmo do Dr. Watson (Casualmente, o par Sherlock Watson, o detetive olho-de-lince e o obtuso doutor, representa a cisão de uma única personalidade, a de um professor do jovem Conan Doyle, famoso aquele por sua habilidade em matéria de diagnóstico). Mas não se trata apenas de coincidências biográficas. No final do século XIX (mais precisamente na década 1870- 1880), essa abordagem “semiótica”, paradigma ou modelo baseado na interpretação de pistas, conquistou crescente influência no campo das ciências humanas. Suas raízes, no entanto, eram muito mais antigas (GINZBURG: 2008:98)

Deixando de lado essa antiguidade mencionada por Ginzburg, alguém poderia questionar. Sim. Tudo bem. As aproximações envolvendo os atores do método indiciário e a medicina baseada em evidência podem até se dar no domínio da singularidade. Porém, a Medicina baseada nas evidências trafega numa alta pista de mão dupla. O singular e o estatístico, o panorâmico e o detalhe. Enfim, as tais enormes quantidades de recursos à mão que fazem os estudantes se sentirem inseguros da qual nos falou Nordestron. Como, então, amarraríamos o cadarço desse outro sapato teórico em relação ao método indiciário?

A chave desse inquérito está na articulação que Ginzburg vai desenvolvendo uma análise que passa pela atividade humana da caça, da busca desses indícios nas cavernas, artefatos e pinturas, nas lendas populares, na decifração e leitura metafórica dos traços animais, dos textos adivinhatórios mesopotâmios envolvendo, por exemplo, diagnósticos e ferimentos, da semiótica médica e na constatação da falibilidade dos médicos já atacada no século V a.C, as relações entre doutor e paciente desde tempos hipocráticos, a invenção da escrita, da impressão, a voz na literatura oral,

---

<sup>177</sup> Pedro Nava cita esse olhar no seu Beira Mar. “ De víscera em víscera o nosso mestre passava seu exame, ditando com voz fria e igual os termos padronizados do relatório. Pesava órgão por órgão. Descascava-os ( ruído de seda da cápsula renal arrancada), decorticava-os, fazia-os lascas e mostrava a lesão que tínhamos ontem palpado, percutido, auscultado. Esse encontrar do doente no cadáver foi minha melhor escola clínica e tal conhecimento, nova fonte do martírio que me acompanha – *diagnosticar sem querer na cara dos amigos e parentes queridos o que lhes dói e ver através de seu corpo para mim translúcido, aquelas lesões hediondas que nos mostrava o professor de Anatomia Patológica*. É verdade que também compensa ver certos sinais nas caras e nas orelhas transparentes dos desafetos...”( NAVA, 1979: 149)

a caligrafia na poesia chinesa, a emergência da noção de texto, a criação de um método para identificação de falsificações discriminando originais das cópias, a emergência da Paleografia e da Grafologia, e da Perícia, o paralelo entre leitura e escrita, os caracteres, as ciências humanas e sociais, a apropriação da burguesia do saber tradicional dos artesãos e camponeses, os objetivos fiscais e militares dos estados absolutistas, a estatística, a Contra Reforma, passando pelo impacto de Galileu e sobrevoando Galton e a semiótica, a fisiologia do indivíduo e os equívocos da Fisiognomia. Deixando a Europa e voltando ao continente asiático, Ginzburg registra o interesse dos adivinhos chineses e japoneses afeitos “as linhas quase imperceptíveis que riscam a pele das mãos”.

Tudo isso se enovelado ao “sucesso das histórias de detetives” de um emergente mercado editorial junto a um não menos emergente público leitor, ao lado da nova ciência da Paleontologia, a formulação de diagnósticos retrospectivos, a frenologia<sup>178</sup>, a medicina, os novos sistemas de identificação entrelaçados ao desenvolvimento industrial em larga escala, a mobilidade social e geográfica e o crescimento das aglomerações urbanas.

Para Ginzburg, a ideia de totalidade e do largo alcance não está divorciada do detalhe. Aqui o voo probabilístico da Medicina baseada em evidências encontra um parente conjectural. Fundamentando retrospectivamente a pergunta: Será o rigor compatível com o paradigma conjectural? E a “direção quantitativa e anti-tomada pelas ciências naturais que desde Galileu impôs um embaraçoso dilema às ciências humanas”, vem ele, novamente, a construir pontes possíveis entre as propostas. Partindo do exame das contribuições de Galton<sup>179</sup> à linhagem aforística, diz o historiador, ombreando Hipócrates.

O mesmo paradigma conjectural, nesse caso utilizado para desenvolver formas de controle ainda mais sofisticadas sobre o indivíduo em sociedade, contém, por sua vez, o potencial para melhor se compreender a sociedade. Em uma estrutura social de complexidade crescente como é o capitalismo avançado, envolto em trevas ideológicas, qualquer apelo ao conhecimento sistemático se aparenta a um voo de tresloucada imaginação. Reconhecer isto não é abandonar a ideia de totalidade. Ao contrário, a existência de uma conexão profunda que explica os fenômenos superficiais pode ser confirmada

---

<sup>178</sup> Ver a discussão travada por Gabriel Tarde em relação as ideias de Lombroso e de Hegel. in. TARDE, Gabriel. **A Criminalidade Comparada**. Rio de Janeiro: Editora Nacional de Direito, 1957. Tangenciando o assunto da frenologia ver sobre a lobotomia. ANTUNES, João Lobo. **Egas Moniz: uma biografia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

<sup>179</sup> Para acionar um exame crítico das propostas de Galton, ver. SKLIAR, C. **Pedagogia (improvável) da Diferença: e se o outro não estivesse aí?** Rio de Janeiro: DP & A, 2003

sempre que se reconhece que o conhecimento direto de tal conexão é tarefa impossível. A realidade é opaca, mas há certos pontos – pistas, sintomas – que nos permitem decifrá-la. Esta ideia que se acha no cerne do paradigma conjectural ou semiótico, encontrou para si um lugar de amplo espectro dos contextos intelectuais, afetando mais profundamente as ciências humanas. Características minúsculas têm sido usadas para reconstituir mudanças e transformações culturais (...) cada um desses fatos tem sido tomado como uma pequena mas significativa chave para fenômenos mais gerais: a perspectiva de uma classe social, ou de um escritor, ou de uma sociedade inteira (...) Aforismos era o título de um famoso trabalho de Hipócrates. No século XVII, começaram a surgir as coleções de “Aforismos Políticos”. A literatura aforística é, por definição, uma tentativa de formular opiniões acerca do homem e da sociedade com base nos sintomas, nas pistas: de uma humanidade e uma sociedade que estão enfermas, em crise. E mesmo crise é um termo médico<sup>180</sup>, datando de Hipócrates. (GINZBURG, 2008:127)

Reside nesse apelo e alusão à uma coincidência literária e artística a hipótese especulativa que esboçamos. A chamada medicina baseada em evidências, provavelmente a principal linha metodológica de ensino aprendido atualmente exercitado nas escolas médicas poderia ser associada a um diálogo imaginário. O convite e as possibilidades helicoidais do método indiciário proposto por Carlo Ginzburg<sup>181</sup> e a Medicina baseada em evidências, atividade esta semiologizada numa métrica e médica forma por Jorgen Nordestrom<sup>182</sup>. Sem dúvida, um instigante campo de análise ao qual pretendemos apontar algumas possibilidades norteadas.

Do ponto de vista ginzburguiano, vamos traçando algumas outras articulações. Agora, através de uma curiosidade bibliográfica. Carlo Ginzburg fala sobre Michel Foucault. Diz ele num dado momento da entrevista em que ele menciona uma conversa com o historiador inglês E.P. Thompson. Um longo trecho que merece ser lido com atenção. Um grande historiador tecendo uma ponderação crítica sobre outro pensador que merece uma atenção. Os dois, como fazem parte de um dos mais acionados arcos teóricos utilizados nessa investigação são colocados frente a frente nesse momento do nosso texto. A pergunta da entrevistadora foi: O senhor parece não apreciar muito o trabalho de M. Foucault e já o criticou como populista. Poderia explicar melhor suas reservas a ele?

Devo dizer inicialmente que o considero muito mais interessante do que seus seguidores. O que é especialmente desinteressante neles é que tomam as

---

<sup>180</sup> Ver a respeito Georges Canguilhem.

<sup>181</sup> Ver a entrevista na íntegra concedida pelo historiador italiano: PALLARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. As muitas faces da História: nove entrevistas. São Paulo: UNESP, 2000. .

<sup>182</sup> Ver NORDENSTROM, Jorgen. **Medicina Baseada em Evidências: seguindo os passos de Sherlock Holmes**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

metáforas de Foucault como explicações o que é um absurdo. E diria ainda mais: Foucault antes das metáforas é muito mais interessante. (...)

O que quero dizer é que havia vários Foucaults e um deles era muito, muito brilhante, mas, no meu entender, pouco original. Sob esse ponto de vista, diria que Foucault é um autor extremamente superestimado, pois, em grande parte, nada mais é do que uma nota de rodapé a Nietzsche. Afinal, nada muito surpreendente, considerando que há tão poucos pensadores realmente originais. É inegável, no entanto que ele descobriu novos tópicos, novas áreas do conhecimento e teve também algumas ideias interessantes, como, por exemplo, a ideia de microfísica do poder – outra metáfora – que poderia, no entanto, se tornar problema de pesquisa, pois há muito a ser feito nessa direção; o que infelizmente nem Foucault e muito menos seus seguidores fizeram. Pessoalmente, ele era extremamente agressivo – de fato, a pessoa mais agressiva que já encontrei -, e egocêntrico de um modo maníaco, o que lhe permitia vender sua própria imagem com grande eficiência. Lembro-me de estar uma vez num café de Paris conversando com E.P. Thompson e, por algum motivo, começamos a falar sobre Foucault. Foi quando Thompson disse algo que pensei ter ouvido errado : “Foucault é um charlatão”. Pedi que repetisse, tal minha surpresa, e era isso mesmo. Concordo que certamente havia muito de charlatão em Foucault , mas não só. Muito de sua obra – a parte da retórica vazia – vai realmente desaparecer, mas há também coisas interessantes que merecem ser preservadas. Seria, pois, extremamente importante que alguém isento se empenhasse em estudar Foucault seriamente, começando com esses resumos de suas aulas. Muito lixo já foi escrito sobre ele e todos os elogios exacerbados feitos por seus seguidores só contribuíram para depreciá-lo. Está na hora de alguém livrar Foucault dessa tola idolatria. (GINZBURG *In* PALLARES BURKE, 2000; 303)

Fechando o tópico e capilarizando essas conexões com a pesquisa que vai sendo apresentada, vejamos uma observação de Maria Inês Nogueira. Ela foi colhida a partir da investigação de cenários de prática e aprendizagem em que a autora investigou o processo de mudança curricular da escola médica da Universidade Federal Fluminense (UFF), pautado pela experiência de articulação universidade/serviço/sociedade – desenvolvido desde 1992. Foi no intuito de compreender as propostas de mudança na educação médica no Brasil, que Nogueira avaliou aquela experiência implementada em 1994. Num dado momento da sua exposição, a relação entre o desejo e a vontade de saber decifrar casos difíceis verificado no imaginário dos estudantes medicina<sup>183</sup> é apresentada. A sequência da argumentação continua e a autora faz uma ressalva sobre a questão da atenção básica em saúde reposicionando o estatuto do problema.

Outro elemento significativo a ser analisado em relação aos vários cenários de aprendizado da clínica está relacionado ao desafio intelectual que o

---

<sup>183</sup> Observamos esse fenômeno numa conversa informal com uma estudante de medicina que ia fazer residência na UFC. Ele colocou a questão nos termos do Mais Médicos. Muitos estudantes, segundo ela, não se interessam pela atenção básica por que essa atividade não oferece “desafios” clínicos. Ver também Pedro Nava.



diagnóstico de casos difíceis ou raros – verdadeiros enigmas a serem decifrados – proporciona ao estudante de medicina, fazendo que a prática clínica hospitalar (e das especialidades) seja considerada mais interessante do que a da atenção básica. A clínica na atenção básica não oferece a possibilidade de o estudante se deparar com uma variedade de diagnósticos que desafiam o praticante a desenvolver habilidades cognitivas e analíticas em um grau muito elevado. Como já foi dito anteriormente, as intervenções nesse território são de grande complexidade, mas o desafio proposto é de outra ordem. O trabalho desenvolvido na atenção básica requer fundamentalmente habilidade e competência para realizar práticas relacionais, as chamadas “tecnologias leves”. Nestes cenários, o desafio não será lidar estritamente com a categoria doença, mas sim com o indivíduo doente. Os diagnósticos podem ser sempre os mesmos, mas as pessoas serão sempre diferentes. Será necessário desenvolver a capacidade de articular o saber médico com a história pessoal do Sujeito que demanda cuidado. Na construção de uma clínica ampliada, aprender a lidar com os aspectos subjetivos inerentes ao adoecimento humano é uma questão que vem à tona, quando se fala dos benefícios advindos da diversificação dos cenários das práticas. (NOGUEIRA: 2014; 141)

E a questão das práticas pedagógicas tradicionais orientadas pelo modelo biomédico e levantada a partir da herança e de um olhar anatomoclínico já problematizado por Foucault no nascimento da clínica. A biologização do ensino é, então, problematizada. E o estranhamento à esse entranhamento biologizante e educacional no estudante de medicina, também<sup>184</sup>. A questão ressoa nas resistências sociais, culturais e políticas às reformas curriculares que tentam confrontar esses saberes e poderes anatomoclinicamente estabelecidos.

Nas práticas pedagógicas tradicionais, orientadas pelo modelo biomédico, duas questões se destacam durante o aprendizado da clínica: a desconsideração dos fatores não biológicos que atuam no processo de adoecimento (exaustivamente adquirida) e o reconhecimento desses fatores, pelo estudante, como estranhos à medicina e à prática clínica (metáfora da resistência aos esforços para transformação comumente verificada em reformas curriculares). Tais situações podem ser vistas como herança de um enfoque, ou de um olhar, anatomoclínico, forjado com o advento da anatomia patológica, que privilegiou a objetivação dos problemas de saúde. (NOGUEIRA:2014; 142)

## **2.20 Saberes e práticas formais e informais na educação médica**

Um palavrão sociológico dos pesquisadores de Chicago encontrou elementos de *comportamento desviante na subcultura* dos estudantes de medicina, embora isto não se refira a comportamentos criminosos, como veremos aqui mais à

---

<sup>184</sup> Como professor de cursos na área da saúde pude constatar, ao longo de alguns poucos anos de atividade, essa resistência dos estudantes à quebra do paradigma da biologização do ensino.

frente, e tão somente a busca de estratégias coletivas, ou não capazes de auxiliar os estudantes na superação dos obstáculos para se tornarem médicos.

O uso de álcool e drogas, assim com a ingestão de remédios- substâncias como a conhecida dupla Metilfenidato-Ritalina são ventiladas<sup>185</sup> há muito nas mídias digitais .

Vejamos um caso e depois o outro. Num esquemático estudo sobre o uso de álcool e drogas foi feita uma pesquisa na UNESP<sup>186</sup>, os autores sintetizaram sua cadeia produtiva analítica da seguinte forma

**Introdução:** O objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência do uso de drogas por estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, comparada com outras oito escolas médicas paulistas (uso na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias). A pesquisa foi realizada entre 1994 e 1995, com 5.227 estudantes do 1º ao 6º ano de graduação. **Material e método:** Foi usado um questionário de auto-respostas, anônimo, incluindo o questionário da Organização Mundial da Saúde para levantamento de uso de drogas e álcool. Setenta e um por cento (3.725) dos alunos responderam ao mesmo, e destes, 421 eram de Botucatu. **Resultados:** Não houve diferenças estatisticamente significantes entre escolas e, nos 30 dias anteriores ao preenchimento do questionário, a prevalência do uso de drogas para os estudantes de Botucatu foi a seguinte, com a variação entre outras escolas mostrada entre parênteses: álcool 50% (42-50%); tabaco 7% (7-13%); solventes 8% (7-12%); maconha 6% (6-16%); benzodiazepínicos (BZD) 3% (2-9%); cocaína 0,5% (0,2-4%); anfetaminas 1 % (0-1%). Embora tenha se encontrado um uso crescente de todas as drogas do 1º ao 6º ano, e em especial os BZD, os estudantes não aprovam este uso. A análise de regressão logística indicou que o uso de álcool e drogas foi favorecido por: a) ser homem; b) perder aulas sem razão e referir ou ter muito tempo livre nos finais de semana; e c) ter uma atitude favorável em relação ao uso de álcool e drogas. Diferentemente de outras escolas, na Unesp não houve diferenças estatisticamente significantes de gênero em relação ao uso de tranquilizantes. No entanto, as mulheres iniciam uso mais precocemente e o fazem mais frequentemente. Também as mulheres já faziam uso de maconha antes de entrar para a faculdade (30% mulheres X 10% homens), o contrário ocorrendo com solventes (50% homens X 2% mulheres), sendo essas diferenças estatisticamente significantes. **Conclusões:** Embora a pesquisa

---

<sup>185</sup> Ver **Estudantes relatam experiência de Ritalina sem receita. Uso indiscriminado do medicamento é comum no vestibular e em faculdades.** A matéria postada no portal Terra, em 6 de Julho de 2015, inicia assim ‘ Depois das férias de inverno do cursinho pré- vestibular, um estudante de medicina de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul, decidiu tomar Ritalina para melhorar o rendimento nos estudos. Ele conseguiu o medicamento com uma amiga e tomou os comprimidos por 20 dias.’ <https://noticias.terra.com.br/educacao/sem-receita-estudantes-relatam-uso-indiscriminado-de-ritalina,0cc8fe2d52f9432f1ee000cf59fce15339t9RCRD.html>

O metilfenidato, conhecido no Brasil como ritalina, é o estimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. Sua vinculação ao diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido fator predominante de justificativa para tal crescimento (Itaborahy, 2009; Caliman, 2006; Lima, 2005; Dupanloup, 2004). Além do tratamento do TDAH, o metilfenidato também é indicado para tratamento da narcolepsia e obesidade, com restrições.

<sup>186</sup> Ver Kerr-Corrêa, Florence Et al. “Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp.” **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 21 (2), 1999.

tenha focalizado o uso (não abuso ou dependência), os resultados sugerem a necessidade de as universidades estabelecerem uma política clara de orientação sobre uso de drogas e álcool para os estudantes, incluindo mudanças curriculares e programas de prevenção.

Sobre as representações sociais do uso de Ritalina em termos biopolíticos, Francisco Ortega <sup>187</sup> produziu um trabalho intitulado. Chamando a atenção para o impacto do uso da substância na saúde pública e a falta de pesquisas sobre o tema no Brasil, diz o filósofo espanhol.

O objetivo do artigo é apresentar uma pesquisa em andamento que investiga as representações sociais da ritalina no Brasil na última década. Nesse período, houve um incremento considerável do uso da medicação e sua expansão para outros fins além dos terapêuticos. A ritalina tem sido usada tanto para o tratamento de patologias da atenção como para melhoria de funções cognitivas em pessoas saudáveis. A possibilidade de alargamento do uso da ritalina para a população em geral tem suscitado um amplo debate em Saúde Pública e alterado sua percepção social. A pesquisa se desdobra em dois campos de investigação, com metodologias diferenciadas. O primeiro campo investiga as publicações brasileiras, científicas e em mídia popular, sobre a ritalina, analisando os argumentos que justificam seu uso e a difusão dos resultados científicos para o público leigo nos jornais de grande circulação. Para tal, foram pesquisados os principais periódicos brasileiros de psiquiatria e os principais jornais e revistas de ampla circulação no período entre 1998 e 2008. O segundo campo de investigação usa a metodologia de grupos focais para explorar as representações sociais de universitários, pais de universitários e profissionais de saúde, acerca do uso da ritalina para o aprimoramento do desempenho cognitivo.

Entre o autor destaca suas considerações finais destaca a questão deste uso e dessa prática informal que utiliza substâncias produzidas pela indústria Farmacêutica entre estudantes das mais diversas áreas, como a da saúde.

Neste artigo, apresentamos os resultados parciais da pesquisa que indicam pontos relevantes para a compreensão da percepção social da ritalina e sua contribuição na alteração das pautas de comportamentos dos indivíduos e das fronteiras do que é considerado moralmente aceito. Dois aspectos podem ser destacados: sua contribuição no amplo processo de medicalização social e alteração das fronteiras entre normal e patológico; e sua contribuição no processo de modificação nas referências entre o que deve e não deve ser aceito moralmente. O primeiro ponto a destacar é a relação do medicamento com a construção do diagnóstico. A associação ritalina-TDAH pôde ser constatada na análise das publicações científicas e endossada em seu modo de difusão pela mídia. A análise dos artigos que investigam o uso terapêutico da ritalina em TDAH mostra que estes são unânimes em defender a hipótese segundo a qual a entidade nosológica TDAH é confirmada por responder bem ao efeito terapêutico da medicação. A publicação dos resultados das pesquisas na mídia tem ocupado um papel importante na difusão das informações sobre o transtorno e no aumento da demanda por seu

---

<sup>187</sup> Ver ORTEGA, Francisco et al. **A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas**. Comunicação, Saúde, Educação. v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010

tratamento. Podemos confirmar que também aqui se reproduz uma tendência, já identificada em outros países, de se criarem condições sociais que favoreçam a extensão da população que pode ser incluída no diagnóstico e alcançada pela medicação. Não está em questão, aqui, a veracidade dos resultados das pesquisas, mas a constatação de uma tendência no modo como se constroem as condições de investigação desse fato, e o papel das concepções subjacentes à patologia, ao indivíduo desatento e hiperativo e aos efeitos da medicação sobre o organismo como confirmação do diagnóstico. A nosso ver, o uso do medicamento vem contribuindo, de forma crucial, para a produção do indivíduo desatento e hiperativo. Não são mais as crianças que são intranquilas ou desatentas, mas passamos a identificar os adultos desatentos (Conrad, 2007; Conrad, Potter, 2000). A disseminação do uso da medicação altera os estados de atenção e concentração, melhorando a performance dessas funções e criando novos padrões de normalidade dessa função cognitiva. A relação entre a eficácia do medicamento e o diagnóstico tem contribuído consideravelmente para a expansão do diagnóstico, gerando o que Hacking (1995) chama de 'efeito rebote' (looping effect). Ou seja, há uma ampliação da categoria com inclusão de novos sinais e sintomas, o que faz com que novas pessoas se reconheçam e se identifiquem com os comportamentos que caracterizam o transtorno. Isso produz o aumento da demanda por tratamento e, conseqüentemente, aumento do consumo da ritalina, e aumento do interesse popular pelo assunto. Essa alteração no repertório de conduta dos indivíduos que passam a guiar seus comportamentos pela crença de que são indivíduos portadores de uma patologia, faz com que um maior número de indivíduos sejam diagnosticados, o que tem contribuído para o aparecimento do "adulto com TDAH". Isso torna toda a população candidata potencial a ser portadora do transtorno. Outro ponto a ressaltar é a alteração das fronteiras do que é moralmente aceito. De um uso lícito e controlado da droga, temos passado para um uso ilícito e abusivo. A expansão do uso da medicação para além dos limites da terapêutica e do objetivo de restituição da normatividade dos indivíduos afetados pelo transtorno tem suscitado amplo debate. O principal argumento contra o uso da farmacologia para aprimorar funções cognitivas é que isso ameaçaria a integridade e a dignidade do ser humano. O principal argumento a favor é a constatação da existência de inúmeras outras práticas de melhoria do corpo e das funções cognitivas por alteração de sua biologia. Aqueles que defendem a legalização, ou seja, a permissão do uso, e os que chegam a defender a obrigação moral de disponibilizar a medicação para a população como um todo (Savulescu, 2006), argumentam a favor da importância da preservação da liberdade de escolha e autonomia dos indivíduos em decidir o que seria melhor para suas vidas, ou melhor, acreditam que o valor da liberdade individual e da busca pela melhoria das condições de vida sejam um bem a ser preservado. Para aqueles que são a favor de garantirmos um uso que não ofereça risco de saúde para os indivíduos, a escolha pelo uso deve ser uma decisão individual. O que podemos constatar com os resultados dos grupos focais é que a possibilidade da prática do aprimoramento cognitivo não fere a moralidade dos entrevistados. A prática não chegou a ser vista como algo repulsivo ou imoral a ser combatido. Não foi evidenciado nenhum constrangimento com a prática de aprimoramento cognitivo por meios biológicos. Ou seja, numa primeira análise, os grupos indicam uma alteração na percepção social das fronteiras entre natural x artificial. O que em outras épocas poderia ser visto como um distanciamento de nossa natureza biológica imutável tem sido percebido como algo passível de modificação e interferência. Observamos, nos grupos, uma maior tolerância às práticas que alterem nossa neurobiologia em prol do ideal social de melhoria da performance ou capacidade das pessoas. Contudo, os grupos ressaltaram o papel importante que a pressão social por melhoria da performance pode exercer na demanda

pelo aprimoramento cognitivo. Nesse sentido, chamam atenção que não necessariamente apenas o exercício da autonomia e melhoria de vida está em jogo em tais práticas. Mas há também injunções culturais, sociais e econômicas, de incentivo à melhoria do desempenho – o que Ehrenberg (1991) chamou de culto à performance – que parecem se impor ao exercício das escolhas individuais. Ou seja, a sociedade contemporânea introduziu, como pauta de horizonte para os comportamentos individuais, um aprimoramento constante e uma necessidade permanente de melhoria de suas capacidades. Isso nos faz especular que, em uma sociedade em que os direitos individuais são preservados e garantidos e as oportunidades sociais são mais justas, autorizar a prática de aprimoramento e deixar como critério de escolha individual o uso ou não uso da substância podem não trazer maiores consequências. Mas numa sociedade com o nível de desigualdade que vivemos e a fragilidade das instituições que garantem os direitos individuais, talvez gere nas pessoas uma preocupação com a possibilidade de aumento das injustiças e discrepâncias entre os indivíduos, criando uma nova norma social de desempenho apenas acessível a poucos.

Ao longo da pesquisa fotografamos pichações realizadas anonimamente nos muros da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Uma delas, logo atrás do muro do Centro Acadêmico XII de Maio se referia a violência no campus de Porangabuçu. Outras intervenções numa extensa área grafitada foi pintada na semana imediatamente seguinte aos nossos registros e elas versam sobre temas variados.

O recurso à cola praticado por Pedro Nava durante a sua experiência como estudante de medicina e de seus colegas em exames teóricos e práticos é tão ostensivo e repetido ao longo de suas memórias que seria monótono e enfadonho para o leitor transcrevê-las aqui. No que nos interessa dizer e presumir é que a prática da cola realmente acena ser, no Brasil, uma prática comum e altamente disseminada nos cursos de graduação e, claro, na Medicina. A prática é abordada num estudo sobre a formação ética dos médicos e dos estudante de medicina no Brasil por Sergio Rego. O livro tem, inclusive, um curioso e sugestivo título: saindo da adolescência com a vida ( dos outros) nas mãos.

Durante o COBEM foi realizado e produzido um amplo mural e painel numa das áreas mais centrais do evento. A intervenção política e cultural papel com cartolina a partir da fala e das experiências de assédio sexual e machismo a partir do relato de inúmeras alunas. Seus algozes são colegas de sala, de curso e professores.

O conserto dos estetoscópios de muitos alunos da faculdade de medicina é realizada por pessoas que não possuem ensino superior. Essas pessoas são tão imprescindíveis ao ensino e a prática médica que a diretoria da faculdade interveio numa medida contra a prefeitura municipal de Fortaleza que queria retirar uma banca e

um comércio informal de conserto desses aparelhos da calçada defronte a entrada de um dos prédios da faculdade de medicina.

Além disso, queremos ressaltar e destacar práticas médicas não sobrecodificadas pelo aparato tecnológico e que foram sombreadas pela cultura médica que foi se instalando ao longo do tempo e que já deu margens para inúmeras desavenças e desencontros. Tal é o exemplo da emergência do entendimento do colesterol<sup>188</sup> e da inoculação de mercúrio vivo na sua forma metálica nos pacientes<sup>189</sup>. Nava cita aqui o caso de um professor que “ouvia sem estetoscópio” e que era uma “virtuosidade semiológica”. São outras percepções e práticas que se abrem como panaceias<sup>190</sup> frente a outras que são sepultadas e asfixiadas historicamente<sup>191</sup>. Vamos a observação de Nava sobre esse professor.

O professor de Clínica Propedêutica Médica era também um moço. Tinha trinta e seis anos. Dava a impressão de mais velho por sua fadiga e lentidão nos menores gestos. Andava devagar. Chamado a ver caso difícil ouvia um por um, mantinha-se calado ou reticente, examinava lentamente o doente dos pés à cabeça, se urgido por uma pergunta, recomeçava os exames com sua conhecida virtuosidade semiológica, demorava-se na escuta do pulmão, eternizava-se na do coração (ouvindo diretamente sem estetoscópio e às vezes sem toalha) aplicando sobre a pele seu ouvido dito “de navalha”. Perguntava pelos exames de laboratório, lia-os com atenção, recomendava repetir esse ou aquele na filial de Manguinhos, entrava na famosa encruzilhada dos talvezes, sugeria esperar o quadro ficar mais claro, voltava para sua cadeira e ali espichado alagava-se de café. Reanimava, tirava o avental e saía no seu passo lento. Esse homem avaro de opiniões recebia as alheias sempre com argumentação adversa ou num silêncio onde o sorriso triste era duma gelada ironia. É preciso não ter pressa, dizia ele. A natureza nos mostra inevitavelmente do que se trata um dia ou outro<sup>192</sup>. E o que não descobrimos, a autópsia o desvenda – acrescentava com sua pitada de humor negro. O que temos é de colher os sinais com paciência e esperar. E isto ele fazia como ninguém. Raramente tenho visto examinar um doente como ele. Ia à exaustão (NAVA, 1979; 203)

---

<sup>188</sup> Diz Nava numa passagem de seu Balão Cativo. “Nesse tempo não havia colesterol e o agudo Dr. Cornélio dizia que o corpo humano é como máquina: precisa gordura para lubrificar.” (NAVA, 1973;87)

<sup>189</sup> No mesmo Balão Cativo, continua Nava um pouco mais adiante “Não sei que demônio terá inspirado aos médicos a ideia de injetar entre as carnes de seus pacientes mercúrio vivo na sua forma metálica. Havia várias fórmulas para sua aplicação. As de autoria de Vigier, Lafay, Balzer; as dos Códices Farmacêuticos dos vários países. Parece que meus tios usavam a mais difundida no Brasil que era a de Duret, onde um centímetro cúbico continha dez centigramas de hidrargírio puro – bastante para, ao fim de algum tempo de aplicação, trazer as estomatites e as quedas de dentes que os colegas da época tinham como sinais favoráveis e vendo neles a certeza de que o remédio estava agindo. Isso, fora os males acarretados ao intestino e aos rins. Pois meus tios tinham dia tomado para essas injeções que exigiam agulha grossa para deixar correr o mingau, paciência de quem injetava e resignação do injetado” (NAVA, 1973; 194)

<sup>190</sup> “Foi agente de seguros e deu-se à indústria da fabricação de uma sabão líquido chamado Aseptol, fórmula de meu tio Meton de Alencar” (NAVA, 1973:45);

<sup>191</sup> Ainda no Balão Cativo, a observação de Pedro Nava. “O seu Elias era talvez o último representante de uma raça extinta – a do cirurgião-barbeiro” (NAVA, 1973:74)

<sup>192</sup> Ver SCHOPENHAUER, Arthur. **Sobre a Vontade na Natureza**. Porto Alegre: L & PM, 2013.



Por fim a introdução de Nava das chulipas na faculdade de medicina. Prática que aprendera no internato e que eram utilizadas em aulas e horários monótonos e sacais. Um pouco de molecagem acadêmica para combater o tédio, segundo o autor. Todo um mecanismo imitativo e de retransmissão social e cultural que atravessa os períodos e momentos educacionais da vida de Nava se entrelaçam. O seu internato chegou a faculdade. E as advertências, também.

Sua aula era em hora ingrata. Ia de três às quatro, quatro e meia. Bocejava-se, havia inícios de palestra severamente interrompidos pelo professor, pelo Lodi. Apesar de nossa dignidade acadêmica, vinhamos à tona pruridos de molecagem inspirados pelo tédio. Introduzi com êxito as *chulipas* do internato. (...) Um dia ele me ameaçou. O senhor é que anda chefiando tudo *quantum é pilheriam* na minha aula. Seu exame de admissão não valeu nada. Só quero vê-lo no fim do ano. Muito cuidado, moço! Muito cuidado. (NAVA, 1976; 322)

Interessante observação de Nava visto que, ainda aspirante ao curso de Medicina, já presenciara semelhante comportamento nos estudantes de Medicina. Se a chulipa, segundo ele, foi por ele introduzida, outras arrumações já eram, por seu turno, universalizadas. Elas guardam relações com uma psicologia profunda e com a emergência do status médico. Diz ele no seu Baú de Ossos:

(...) tudo que eu ainda conheci quando, aspirante do curso médico, fui, com Carlos Paiva Gonçalves, assistir a uma prática de Benjamim Batista. E as mesmas peças pregadas pelos estudantes do mundo inteiro uns aos outros. Vísceras atiradas em batalha, mamelões, beijos, narizes, dedos, pênis, ninfas, clitóris, escrotos e testículos furtivamente metidos nos bolsos dos colegas e principalmente na bolsa das colegas. Inúteis as medidas disciplinares contra essas mutilações que obedecem a razões psicológicas profundas e descarregam de agressividade os que vão ser médicos e que assim são purgados, nos anfiteatros anatômicos, da necessidade mais que humana de agredir, atacar, esmagar e estraçalhar o indefeso. E nada mais indefeso que o cadáver, o agonizante, o doente grave. São os primeiros que nos livram do lastro contra e nos desarmam. Melhoram-nos para os futuros contatos humanos. É a Dança Macabra da Anatomia e da Dissecção que começa a nos dar o *status* médico. (NAVA, 2005; 202)

Uma outra observação de Nava, voltando ao Chão de Ferro, onde mencionara as chulipas, fechará o tópico. Trata-se da relação com outros saberes e poderes vivido por Nava durante o seu exercício médico. As parteiras e os conhecimentos populares atuando em confronto ou em aliança com a medicina “oficial”. Ele vem retomando personagens e fatos que compunham “a iconografia folclórica” da sua meninice e adolescência em que não deixa de observar a ação de impostores. Já



agora, como médico, polifoniza ele, autoridades diversas inscritas no campo da saúde e da medicina popular<sup>193</sup>

(...) Aí ele nasce de mãe escanchada, cuja barriga foi untada com o óleo bento que ajuda a colar a imagem de Dom Bosco em cima do umbigo estufado. Faz força! Minha filha. E se está difícil mesmo, a parturiente arvora o chapéu do marido posto às avessas e sopra que sopra no gargalo duma garrafa vazia. Afinal se rompe toda, de Porto Artur à forquilha e numa última onda de águas, sangue e mecômio, o mineiro corta o silêncio com o seu primeiro grito. Recebem-no as mãos de parteira – tantas vezes veículos de morte para a sua mãe. Fumo e bosta de cavalo no umbigo. Quando se declara o mal de sete dias, fica inútil a lâ vermelha. Quando mais adiantada a cidade, melhor a parteira. Nos lugares maiores ela confronta sua autoridade com a do médico. Em Juiz de Fora a Senhorinha só perdia para o Doutor Vilaça. Em Belo Horizonte, a Dona Josefina e a Madame Alma só cediam terreno ao Doutor Hugo. Se enguiça, engastalha, atravessa, qualquer um pode batizar. A quantos, eu, indigno, quando médico do interior, salvei a alma em Nome do Padre, do Filho e do Espírito Santo. Depois da luta a casa foi defumada com alfazema seca queimando em brasas sobre um caco de telha. Em paz (NAVA, 1976; 295)<sup>194</sup>

Realizadas essas considerações em nosso primeiro capítulo e servindo essas discussões para alimentar a análise dos objetivos gerais e específicos, entremos agora no tema do segundo capítulo.

---

<sup>193</sup> Ver GALENO, Juvenal. **Medicina Caseira**. Fortaleza: Secult: 2010. Disponível em PDF em <http://www.secult.ce.gov.br/images/Documentos/BibliotecaVirtualSecult/CasaJuvenalGaleno/juvenal-galeno-medicinacaseira-06.pdf>. Lembramos aqui também - em saudosa memória - do Professor da UFC, Dr. Francisco José de Abreu Matos e seus livros e projetos sobre “Farmácias Vivas”.

<sup>194</sup> Ver NUÑES, Sandra. **A Pátria dos Curadores: uma História da Medicina e da Cura Espiritual no Brasil**. São Paulo: Pensamento, 2012..

### 3. AS LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA: CONTEXTO E TRAJETÓRIA

Iniciamos o nosso segundo capítulo acessando a página virtual do Curso de Medicina da UFC. Lá há um espaço intitulado Espaço Acadêmico e Ligas. E, nele, é dito que “As Ligas Acadêmicas visam ampliar os conhecimentos médicos a partir de experiências acadêmicas em áreas específicas, permitindo assim uma aproximação dos estudantes com as especialidades médicas.”. Logo em seguida lê-se uma chamada para que o acesso veja todas as ligas e uma solicitação de cadastro para os interessados em atuar na área. Figuram na lista indicada as seguintes ligas: Liga de Prevenção Renal (LPDR), Projeto de Ação Integrada em Medicina e Esporte. Liga Acadêmica de Neurociências. Liga Acadêmica de Estudos em Pediatria e Neonatologia e Liga Acadêmica de Diabetes.

O enfoque e o direcionamento para a leitura da atividade das ligas voltado à especialização médica e científica já nessa abertura nos confrontamos com uma dupla lacuna. A primeira lacuna é a falta de referência a uma formação mais humanista e crítica voltadas as necessidades da população tal como proposto no próprio Projeto Político Pedagógico do curso. A segunda lacuna é que apesar da chamada dizer que “Veja todas as ligas e cadastre a sua” ocorre aí uma ausência de ligas que foram historicamente atuantes durante a nossa investigação tal como a Liga de Geriatria e Gerontologia. A Lagg/CE não está registra nesse perfil. A liga, como veremos a seguir, possui uma atuação nos segmentos do ensino, pesquisa e extensão e colabora já há alguns anos num programa da Radio Universitária chamado Novas Dimensões que vai ao ar todos os sábados as 11 horas da manhã.

Sendo uma pesquisa voltada à investigação da formação de médicos, resolvemos discutir o tópico concernente às Ligas partindo da *produção acadêmica de um estudante de medicina*. A ideia seria a de nos aproximarmos do imaginário dos estudantes a partir da sua produção científica e acadêmica.

A monografia em desenvolvimento de autoria de Henrique Paranhos Guerreiro Souza intitulada “O papel das ligas acadêmicas na Graduação Médica” foi apresentada no terceiro seminário de pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia ocorrido em 2012. O fato de ter sido escrita por um graduando em Medicina a aproxima

ainda mais dos sujeitos e do campo de pesquisa que investigamos. É a partir dessa produção acadêmica que contextualizaremos a discussão desse tópico.

Sobre a produção acadêmica dos estudantes de medicina que pertencem às ligas acadêmicas da Universidade Federal do Ceará, faremos um breve comentário.

Até o presente momento de nossa investigação, levantamos virtual e presencialmente documentos, matérias, revistas, artigos, trabalhos, seminários e comunicações realizados pelos estudantes de Medicina. Durante esse percurso encontramos um livro produzido por estudantes. É o livro *Anatomia Humana Integrada em Sistemas* da Liga Acadêmica de Anatomia do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará .

O livro, escrito pelos alunos e estudantes da Liga de Anatomia, foi coordenado pelo professor Ariel Gustavo Scafuri e publicado em 2006. No início do livro são apresentadas algumas das “ Contribuições Recentes do Departamento de Morfologia da Faculdade de Medicina da UFC para o ensino da Anatomia Humana” escrito pelos próprios alunos e integrantes da Liga de Anatomia <sup>195</sup>. No primeiro parágrafo dessas contribuições, uma menção aos desafios vividos pelo ensino superior público nas universidades federais brasileiras é apresentada:

Entre tantas dificuldades que enfrentam os órgãos públicos no nosso país, surgem pessoas com iniciativa, dedicação e obstinação para desenvolver o ensino nas universidades. Assim, na década de 1990, começaram a ser desenvolvidos projetos inovadores com a determinação de algumas personalidades ímpares dessa faculdade (SCAFURI et all, 2006: 13)

Em seguida, é traçado um breve histórico sobre o ensino de Anatomia Humana no Ceará pelo professor José Antônio Carlos Otaviano David Morano. No relato somos informados sobre a mudança da sede da Faculdade de Medicina em Fortaleza e da trajetória histórica e conceitual <sup>196</sup> da disciplina de Anatomia na Universidade Federal do Ceará

No Ceará, o ensino da Anatomia Humana teve início no ano de 1916, quando na fundação da faculdade de Farmácia e Odontologia, tendo como primeiro professor o Dr. Francisco de Sá Roriz (...)Em 1957, a faculdade de Medicina foi transferida do antigo prédio na Praça José de Alencar para o Campus de Porangabussu, onde ainda hoje funciona, já reconhecida por um decreto do

---

<sup>195</sup> Outra Liga de Anatomia, a da UERJ foi citada por um estudante de Medicina no COBEM como uma Liga que vem contribuindo no cenário político e cultural dos estudantes de Medicina nos assuntos ligados as relações entre o corpo e o gênero.

<sup>196</sup> Ver : Livro “Os Nomes da Loucura” de Isaías Pessotti.

presidente Getúlio Vargas em 27 de Março de 1951. Os cursos separados já haviam sido transformados em único curso, com a duração de um ano e a metodologia usada era a mesma, com 30% de aulas práticas e um mínimo de aulas expositivas. As aulas práticas, que antigamente eram constituídas de demonstrações em cadáveres já dissecados, a partir de 1964 passaram a ser constituídas de demonstrações em cadáveres já dissecados, a partir de 1964 passaram a ser constituídas de sessões de dissecação anatômica realizadas pelos próprios alunos, sob a orientação de professores e monitores. (...) em 1966, apareceu o método Ginkana para avaliação do estudo prático. Em 1972, o ano em que começou a ser implantado na Universidade Federal do Ceará o regime semestral, como preparação para a implantação da reforma universitária, a Anatomia Humana que era matéria anual, foi dividida em dois semestres: o primeiro dedicado à Anatomia Sistemática e o segundo, à Anatomia Aplicada, sendo que a primeira era pré-requisito para a segunda (...) Em 1973, foi implantada a reforma universitária na Universidade Federal do Ceará e trouxe consigo o sistema de créditos, o sistema departamental. Etc. Nesse mesmo ano, a Anatomia Sistemática foi denominada Fundamentos da Anatomia Humana, obrigatória para todos os cursos da área de Saúde que então convergiam para o Departamento de Morfologia, o qual passou a reger a disciplina de Anatomia (...) Em 1986, havia um total de 120 alunos do curso de Medicina cursando Anatomia Humana, com um total de 10 professores, sendo quatro deles em regime de 40 horas (MORANO *apud* SCAFURI, 2006;17)

Voltando ao estudo mais geral sobre as ligas acadêmicas de medicina proposto por Henrique Paranhos Guerreiro Souza. Segundo o autor, as Ligas Acadêmicas são uma das atividades extracurriculares mais procuradas pelo estudante de Medicina atualmente. Dentre as diversas razões que estimulariam essa busca, ele elenca três: um maior envolvimento na prática clínica, melhora do currículo profissional e a possibilidade de criar uma relação médico-paciente mais sólida. O estudo pondera que alguns autores creem que as ligas prejudicam o ensino na graduação, uma vez que poderiam estimular a subversão das prioridades acadêmicas, permitindo que o que é curricular se torne secundário na formação profissional, além de reforçar possíveis vícios acadêmicos. Vícios esses que não são aclarados na argumentação.

Tentando minimizar tais efeitos nocivos, foi proposta uma normatização das Ligas Acadêmicas. Seu objetivo é adequá-las aos princípios éticos e ideais de cada universidade, para que possam surgir entidades com a clara finalidade de melhorar a formação médica, assim como o atendimento à comunidade. A discussão filosófica sobre os pressupostos e os impactos de uma normatização não foram colocadas.

Essa lacuna problematizadora vai se revelando ao longo de todo o trabalho. Os argumentos vão assumindo uma feição mais técnica e informativa. É por isso que empreendendo uma análise sobre a estrutura e o funcionamento do curso de Medicina no Brasil, Souza mostra que eles possuem uma carga horária que, em média, representa 30 horas de atividades curriculares por semana, que pode variar a depender do semestre

em que o estudante se encontra, podendo chegar a uma quantidade maior de tempo. Além das atividades de rotina, o aluno ainda participa de outros eventos extracurriculares, como plantões, grupos de estudos, monitorias, projetos de extensão e pesquisa, além das ligas acadêmicas.

A emergência histórica das ligas acadêmicas é analisada pelo estudante de forma institucionalizada. É interessante notarmos como apesar de se tratar de uma atividade extra-curricular não são tratadas e abordadas saberes e práticas informais. Talvez por essa razão, os estudos e opiniões que encontramos ao longo da exposição de Souza, sirvam mais ao propósito de legitimação de práticas consagradas do que a uma problematização de seu universo e de seu imaginário.

Assim é que as ligas são apresentadas como um importante componente nas chamadas atividades extracurriculares durante a formação médica. Ao prezar por uma tríade indissociável da pesquisa, ensino e extensão, essa entidade termina por abarcar um contingente crescente de alunos, dos diversos anos da graduação, que empenham grande parte do seu tempo livre em desenvolver e participar de suas atividades.

O aspecto técnico e institucionalizado do levantamento de Souza assume então a características de um relato. Passamos então da ignorância desses trabalhos a uma informativa exposição.

Em um dos focos do trabalho de **Cristiane Martins et al.**, acerca das principais participações dos estudantes em atividades extracurriculares (do primeiro ao quarto ano), a inclusão em Ligas Acadêmicas foi a atividade mais frequentemente relatada pelos estudantes, e “aproximar-se da prática médica” foi o principal motivo apontado nesse quesito. Nesse mesmo trabalho, 14 Ligas Acadêmicas vinculadas ao Diretório Acadêmico foram localizadas e, em sua totalidade, baseavam as atividades em participação em palestras, jornadas, campanhas e eventos públicos como foco em temas específicos da área médica, visando à máxima promoção de saúde na comunidade e aproximar os estudantes da prática médica. **Em outro trabalho, de Vieira EM et al**, a liga acadêmica também ocupou um local de destaque. Entre todas as atividades extracurriculares ligadas à faculdade, as mais freqüentadas foram as ligas acadêmicas, treinos esportivos, estágios e plantões voluntários. Além disso, notou-se que, do ano de 1999 para 2002, ocorreu um aumento considerável de alunos que responderam estar desenvolvendo atividades em ligas acadêmicas, de 58,5% para 72,6%, respectivamente. **Neves et al**, em seu trabalho sobre avaliação das atividades desenvolvidas pelas Ligas Acadêmicas de Medicina Intensiva no Brasil, no ano de 2008, mostraram que dentre as principais atividades realizadas nessas entidades, as que mais se destacam são a realização de aulas teóricas (100%), que na maioria dos casos é ministrada pelos professores orientadores ou médicos convidados (69%). Além disso, existem outros aspectos práticos importantes, tais como a organização de eventos (77%) e a confecção de pesquisas (65%). Em seu trabalho sobre as Ligas Acadêmicas da Faculdade

de Medicina de Botucatu, **Hamamoto Filho, P. T. et al**, em 2011, observou que as entidades tinham suas diretorias compostas por alunos supervisionados por orientadores, possuíam um estatuto onde constava a normatização de funcionamento da mesma, assim como o vínculo de cada uma delas a algum departamento de ensino da faculdade. Uma vez que a Liga Acadêmica deve ser também entendida como um meio de prática do estudante em relação à comunidade, algumas atividades de promoção e prevenção à saúde foram estimuladas (Dia Mundial de Combate ao Fumo, Dia Mundial de Combate à AIDS) tendo os alunos atuação como multiplicador de informações para a população, podendo culminar com o diagnóstico precoce de alguma patologia. (Grifos meus)

Nesse sentido, a inclusão das Ligas Acadêmicas no cotidiano da comunidade, além de modificar a relação universidade-sociedade, termina por caracterizar os alunos como transformadores sociais e contribuir com a formação médica de cada participante. Nesse contexto, quais os motivos fazem com que os estudantes escolham as Ligas Acadêmicas como um foco para as atividades extracurriculares?

Uma gama de motivos fazem com que o alunado escolha as Ligas Acadêmicas como um foco para as atividades extracurriculares. Segundo Tavares et al. (2004), o principal motivo da criação de uma Liga Acadêmica seria a aquisição de maior experiência clínica e um currículo melhor. Adicionalmente a isso, o estudante preza por uma tentativa de enraizar o conhecimento e a prática médica sobre um conteúdo específico, busca uma complementação das lacunas que o currículo regular da graduação não consegue suprir, a possibilidade de se criar uma relação médico-paciente mais sólida já nos primeiros momentos da faculdade de integração com médicos e alunos de outros anos da graduação, além da possibilidade aumentada de publicações científicas.(SOUZA, 2012)

A reforma curricular das faculdades de medicina é abordada. Em nosso trabalho, a reforma curricular do curso de Medicina da UFC será problematizada, dentre outros trabalhos, por Geison Lira (2010) em tese realizada no Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira.

Como já evidenciado, uma das principais preocupações no tocante à reforma do currículo das faculdades de medicina, desde a última década do século passado, é o destaque para a produção científica, o que tem incitado a formação de grupos de pesquisa e extensão, além do maior número de ligas acadêmicas, visando um aumento da produção científica. As motivações que levam o estudante de medicina a integrar as ligas acadêmicas são apoiadas, dentre outros fatores, no fato de ser um território livre das formalidades acadêmicas onde o aluno pode desempenhar atividades teóricas ou práticas, como apresentações de casos clínicos, aulas, seminários, atendimento a pacientes, acompanhamento de cirurgias ou simpósios. Essas atividades ajudam o estudante a ter noção da realidade social da população com a qual convive, de forma que ele atue como uma gente transformador e atuante do processo saúde-doença. Soma-se ainda a necessidade em ter uma visibilidade maior por parte da população, servindo indiretamente para o aumento da sua

auto-estima, melhora na desinibição e antecipação das habilidades necessárias ao desenvolvimento da relação médico-paciente. (SOUZA, 2012)

Nesse sentido, segue relato e a apresentação de outro estudo. Dessa vez, sobre os alunos da Liga de Anestesiologia:

(...) a liga permite que o estudante utilize os conhecimentos adquiridos em benefício da comunidade, observando suas necessidades e garantindo a promoção de saúde, a integralidade da assistência e transformação social. Ramalho et al, no ano de 2012, com o objetivo de analisar o aprendizado dos alunos da Liga de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva, realizaram testes objetivos de múltipla escolha antes do início das atividades e depois de seu término (março-dezembro de 2010). Esse trabalho foi capaz de mostrar que os estudantes tiveram uma melhora no desempenho dos testes aplicados (aumento da média de acertos de 8,1 para 11,9/17), tendo a assiduidade nas atividades propostas um vínculo linear forte com a melhora no desempenho, sugerindo que a liga é uma entidade extremamente benéfica de ensino e promove ganho de conhecimento (SOUZA, 2012).

O aluno que faz parte desses grupos adquire o senso crítico e o raciocínio científico, amplia o conhecimento teórico/prático advindo das atividades realizadas, além de melhorar sua prática clínica. Como consequência, pode ocorrer a melhora nas qualificações do *curriculum vitae*, que estaria associada a uma possibilidade maior de produções científicas, terminando por aumentar as chances na disputa por uma vaga em alguma residência médica. Por ter um maior envolvimento com a parte burocrática e de gestão o aluno melhora a qualidade da formação médica, contribuindo para o desenvolvimento de médicos mais éticos, reflexivos e críticos, com senso de responsabilidade social.

A checagem da visibilidade das ligas é nuançada:

Apesar da grande visibilidade que as Ligas Acadêmicas têm recebido atualmente no Brasil, existem trabalhos que criticam essa entidade e como ela vem afetando o cotidiano do estudante de medicina. Para Taquette *et al.*, uma das implicações que essas atividades extracurriculares, sem supervisão correta, pode apresentar é a aprendizagem de conceitos e técnicas de maneira errônea e a incorporação de condutas antiéticas. Outros fatores seriam: a carga horária adicional destinada à liga, compatível com aquela relativa ao ensino acadêmico regular; ocupação do tempo de lazer do estudante; possível abertura para intervenção da indústria farmacêutica; estímulo de especialização precoce, uma vez que o aluno fica imerso no cotidiano de área específica. Além disso, possibilitam o exercício ilegal da medicina e o reforço de vícios acadêmicos, se não houver um alerta de profissionais capacitados; outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de terem uma produção científica que não vise abarcar a comunidade de forma integral. (SOUZA, 2012)



Uma delicada e complexa questão: o surgimento banalizado das ligas acadêmicas pode tornar-se prejudicial à formação médica?

uma vez que resulta no surgimento de médicos expostos a uma **“especialização precoce”**. Isso acaba confrontando a idéia de médicos generalistas, que tenham uma visão ampliada do processo saúde-doença e que analisem os pacientes de modo não segmentado. Nesse sentido, é importante que as ligas acadêmicas não percam seu papel de extensão universitária, dando vez a atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. Outro fator que deve ser ponderado é o cuidado para que as ligas não venham a se tornar simples instituições para preencher lacunas do currículo regular, o que acabaria diminuindo o envolvimento na discussão acerca de transformações necessárias ao mesmo. Além disso, seria possível que as ligas contribuíssem com um ambiente competitivo, atrelando o envolvimento do alunado a uma forma de melhorar o curriculum vitae, ou ainda uma forma de se destacar diante dos preceptores, buscando a futura seleção para os programas de residência.(SOUZA, 2012) [Grifos meus]

A questão da normatização volta à baila. Agora através da institucionalização do Conselho de Ligas Acadêmicas.

Ponderando-se a dicotomia relatada em relação ao desenvolvimento das ligas acadêmicas e a conseqüente preocupação com a manutenção dos princípios éticos e humanísticos que devem existir nessas entidades, em 2005 foi instituído na Faculdade de Medicina de Botucatu, o Conselho das Ligas Acadêmicas (Conligac). Tal entidade tem sua importância voltada para as atividades referentes às diferentes Ligas Acadêmicas, incluindo nesse mérito, a avaliação das propostas de criação de novas LAs. O Conligac desenvolveu, de maneira pioneira, uma seqüência de pré requisitos para controle e racionalização no que envolve o surgimento das ligas acadêmicas, permitindo a fundação de entidades com propostas relevantes e contributivas. (SOUZA, 2012)

Ficamos sabendo da existência de um Núcleo Acadêmico de Pesquisa em Educação Médica e de suas relações com o Conselho das Ligas Acadêmicas de Medicina, assim como da atividade dos pareceristas e de todo os aspectos normativos e burocráticos necessários para a criação das Ligas Acadêmicas nos Cursos de Medicina:

Adicionalmente, *o Núcleo Acadêmico de Pesquisa em Educação Médica (Napem)*, que tem como principal objetivo a realização de pesquisas de impacto para o meio acadêmico e dessa forma suscitar discussões pertinentes, ao notar a grande procura dos alunos pelas Ligas Acadêmicas, transformam essas entidades em foco de investigação, de maneira a apoiar o que vem a ser proposto na normatização das Ligas Acadêmicas, averiguando o perfil das Ligas, com o objetivo de contribuir com o seu impacto na formação médica e fornecer elementos para novas pesquisas nessa área. *Segundo o Conligac, as etapas que devem ser seguidas para a criação de novas ligas* devem ser iniciadas com a reunião de grupo de discentes com interesse comum em determinado tema, a procura por um orientador que deve ter papel efetivo nos eventos da liga e a confecção, por parte dos membros, de projeto para fundação da liga e seu estatuto. Após esses primeiros passos, o projeto e a prévia do estatuto devem ser provados pelo departamento ao qual o orientador escolhido está vinculado e pelo Conligac (através da análise de pareceristas e posterior votação da comissão, por maioria simples). É

importante salientar que os pareceristas analisam a proposta da liga de acordo com a relevância da proposta (se existe liga contemplando o tema e a relevância social), os objetivos (se são claros e congruentes com a tríade de ensino, pesquisa e extensão), o modelo de gestão (análise da autossuficiência da liga e os critérios para ingresso de membros) e a ideologia da formação (articulação de propostas com o SUS, respeito aos princípios éticos e humanísticos, interdisciplinaridade, dentre outros). *Cada critério tem uma pontuação*. A normatização das Ligas Acadêmicas, como sugerida, é uma intenção pioneira que deve ser feita com o intuito de, entre outras coisas, supervisionar o crescimento numérico dessas instituições, reduzir o número de possíveis vieses relativos a uma má orientação, além de evitar a “especialização precoce”. Tomando-se esses cuidados, as atividades por elas elaboradas, podem culminar com frutos positivos tanto para a universidade, como para o aluno e a comunidade. (SOUZA, 2012) [ Grifos meus]

O grande crescimento no Número de Ligas Acadêmicas de Medicina é o tema do final da exposição do estudante

(As ligas) tem fomentado intensas discussões sobre as razões que direcionam os estudantes a essa nova entidade. Desenvolver as habilidades da prática médica, melhorar a relação médico-paciente, promover atividades de ensino, pesquisa e extensão, visando o paciente como motivador central, assim como o anseio por tema muitas vezes não enfatizado no currículo regular aparecem como fatores que favorecem essa migração. Entretanto, existem críticas relativas à banalização na criação dessas instituições que passam pela detecção de irregularidades da estrutura curricular, uma “especialização precoce” e reforço de vícios acadêmicos. Então, a idealização de uma normatização se faz necessária visando uma maior reflexão do papel das ligas dentro da faculdade, garantindo as características integrais de extensão universitária e não subvertendo seu conceito para uma simples correção do currículo regular. Assim, as LAs poderiam renascer como peça fundamental na criação de médicos mais humanos, dispostos à procura pelo conhecimento, com consciência crítica aguçada, apto a manter uma relação médico-paciente integral, além de compreender cada paciente como um ser biopsicossocial”. (SOUZA, 2012)

É da Universidade de Brasília que costumamos uma tematização mais ampla das Ligas Acadêmicas a uma problematização mais histórica preparando o terreno para os tópicos a seguir onde exercitaremos um exemplo mais próximo da realidade que estamos investigando.

Simone Alves da Silva e Oviomar Flores, pesquisando o papel das Ligas Acadêmicas da Universidade de Brasília na formação dos estudantes de saúde<sup>197</sup>, apresentam a cadeia produtiva sintetizada de seu trabalho participando os objetivos, os métodos, os resultados e as conclusões de sua investigação. A conclusão das autoras é que: *As Ligas Acadêmicas poderiam se tornar instrumentos de exploração da autonomia, da*

---

<sup>197</sup> Ver. Silva SA. As Ligas Acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde na Universidade de Brasília. Brasília; 2013. Mestrado [Dissertação] – Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília.

*criticidade, da criatividade e do comprometimento, em detrimento de práticas isoladas que induzem ao risco de especialização precoce.*

As Ligas Acadêmicas (LAs) surgem nas universidades brasileiras no início do século XX como estratégias e atividades extracurriculares. O **objetivo** deste estudo foi analisar as Ligas Acadêmicas estruturadas e em funcionamento na Universidade de Brasília como estratégias de ensino e aprendizagem. **Método:** A coleta de dados foi construída por levantamento documental, entrevista de sondagem e entrevistas individuais aplicadas a acadêmicos membros das Ligas (oito representantes), professores/coordenadores membros das Ligas (quatro representantes) e acadêmicos que participavam das atividades oferecidas pelos membros das Ligas (quatro representantes). **Resultados:** Percebe-se o reconhecimento do princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão por parte dos entrevistados, embora a atuação dos membros ligantes tenha sido marcada pelas atividades de ensino e pesquisa em contraposição às atividades extensionistas. No entanto, as concepções dos participantes refletem convergências no que se refere aos princípios/estratégias de criação e desenvolvimento das Ligas Acadêmicas como importantes na formação em saúde. **Conclusão:** As Ligas Acadêmicas poderiam se tornar instrumentos de exploração da autonomia, da criticidade, da criatividade e do comprometimento, em detrimento de práticas isoladas que induzem ao risco de especialização precoce.

Em outro trabalho, o de Hamamoto Filho (2010) e outros pesquisadores, voltamos a nos deparar com a questão da investigação da normatização das ligas acadêmicas frente a criação de ligas em todo o país. O trabalho, desse vez, circunscreve o fenômeno à Faculdade de Medicina de Botucatu em São Paulo. A apresentação do trabalho mostra a preocupação que vimos discutindo e apresentando. Atente-se aí para a chamada de atenção realizada pelo estudo aos possíveis riscos ocasionados à formação médica dos estudantes de Medicina que atuam nas Ligas Acadêmicas de Medicina.

A criação de ligas acadêmicas por estudantes de Medicina tem ocorrido em todo o Brasil. Aceitas como atividades extracurriculares de extensão universitária, as ligas trazem tanto benefícios como riscos à formação médica. Assim, a abertura de ligas deveria ser racionalizada, visando ao aperfeiçoamento de suas atividades. Neste relato, descrevemos a normatização adotada na Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB/Unesp), contextualizando-a numa discussão sobre a importância das ligas como atividades extracurriculares e os prejuízos que podem trazer à formação médica. A normatização contém orientações processuais e um conjunto de critérios para avaliação dos projetos de abertura de novas ligas. Os critérios avaliam a relevância da proposta, os objetivos, o modelo de gestão planejado e a ideologia da formação. A utilização destas diretrizes tem capacitado o desenvolvimento de projetos de novas ligas e desencadeado na escola o aprofundamento de reflexões sobre a função de ligas acadêmicas. (HAMAMOTO FILHO, Et al, 2010)

No ano seguinte, o mesmo autor coordena uma outra investigação envolvendo as atividades das ligas acadêmicas em Botucatu. Dessa vez, a pesquisa incide sobre as relações entre os saberes e poderes médicos que se estendem à sociedade. A forma e o conteúdo como esses saberes e poderes impactam a sociedade é diluída na preocupação com a especialização precoce e o Sistema Único de Saúde.

Ligas Acadêmicas (LAs) são entidades estudantis destinadas ao aprofundamento em determinada área do conhecimento para sanar demandas sociais. O contato dos estudantes com a comunidade lhes permite atuar como agentes de transformação social e lhes propicia a oportunidade de atender a indagações profissionais. A Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), possui 17 LAs que desenvolvem diversas atividades no município de Botucatu e região. Acredita-se que esta inserção das LAs na comunidade contribui com a transformação da relação entre universidade e sociedade. As LAs, entretanto, não podem ser simples sociedades científicas para especialização precoce dos estudantes. Para evitar este risco, as LAs precisam ser avaliadas para que se garanta articulação entre atividades de ensino, pesquisa e extensão, visando à melhoria do Sistema Único de Saúde brasileiro. Neste artigo, apresentamos as LAs da FMB/UNESP como exemplos de extensão universitária em que o conhecimento científico é utilizado a serviço da sociedade, ponderando-se, por outro lado, a importância de que não reforcem vícios acadêmicos, mas aperfeiçoem a relação entre Universidade e comunidade. (HAMAMOTO FILHO Et al, 2011)

Como vimos acentuando ao longo desse tópico, ao lado do fenômeno da expansão das Ligas há uma problematização incipiente no que diz respeito ao monitoramento da sua estrutura e da sua função. Nesse sentido, as ligas acadêmicas, os espaços extra-curriculares, as práticas socioculturais inscritas na educação médica são tematizadas a partir da atuação das Ligas. Campanhas e mobilizações em dias e meses nacionais de saúde, atuação em prestação de serviços públicos em praças, visitas e acompanhamento em instituições, participações da rádio universitária da UFC são exemplos desse tópico. A lida e o intenso contato com as pessoas que vão ao Campus do Porangabussu busca de tratamento: hospital universitário, maternidade escola, ambulatório de Gerontologia, Pediatria, Odontologia e a atuação de Centros como o Hemoce no entorno da faculdade de Medicina da UFC nos levanta inúmeras questões sobre as relações entre a universidade e a sociedade.

A razão dessa observação crítica é a seguinte: embora se desenhe e se esboce um monitoramento das Ligas, algumas discussões ontológicas e epistemológicas nos parecem ser negligenciadas. Do ponto de vista ontológico, a questão do “ser médico e a forma de ver, sentir e pensar o mundo a partir exclusivamente do ponto de vista da Medicina” abandona uma concepção mais ampla de ser humano ao reduzi-lo ao seu

horizonte produtivo no seio de uma divisão social do trabalho e do saber especializado. Assim, os estudantes médicos correm o risco de serem enclausurá-lo nos horizontes perceptivos de sua atividade profissional ainda que sob a égide da extensão. A ilusão e a superficialidade de um diálogo multidisciplinar ou interdisciplinar, nesse caso, só é reforçada pelos discursos e práticas que reforçam a impossibilidade de uma transdisciplinaridade.

Além disso, vai de encontro às propostas de humanização e de emancipação da vida. De que ser humano se trata e de que vida se pretende promover e emancipar são assuntos contornados, considerados autoevidentes ou simplesmente intocados.

Já do ponto de vista epistemológico trata-se da falta de diálogo realmente intenso com os outros campos disciplinares que possibilite a discussão das premissas sociais, culturais, políticas, econômicas e ambientais dos saberes e poderes médicos.

É por essa razão que ao analisarmos, por exemplo, a relação entre o ensino, a pesquisa e a extensão de uma Liga Acadêmica de Medicina em relação à sua inserção na sociedade também estamos diante de todo um corpus de conhecimentos e práticas que envolvem o campo médico como um todo.

### **3.1 Histórico das Ligas Acadêmicas de Medicina**

O tema central da pesquisa é abordado no segundo capítulo. Semeado o terreno empírico em que repousamos nossa investigação no primeiro capítulo, as Ligas acadêmicas de medicina são vistas de forma mais detida e detalhada logo em seguida. Uma espécie de amostra para que pudéssemos avaliar o contexto mais amplo em que as Ligas se inserem: a educação médica e o complexo industrial da saúde. O contexto e a trajetória das ligas situam o histórico das ligas acadêmicas de Medicina.

#### **3.1.1 As Primeiras Ligas Acadêmicas de Medicina no Brasil**

Vejamos como os estudantes percebem historicamente a questão das ligas acadêmicas. A seguir, Michel Alves, estudante de Medicina da Universidade Federal do Ceará e coordenador nacional das Ligas Acadêmicas da DENEM expõe sua visão num relato feito diretamente à presente investigação. O mote é a função de uma liga

acadêmica na formação de um estudante de medicina. No relato é feito um apanhado histórico do tema a partir da emergência da primeira liga acadêmica registrada no país, a Liga Acadêmica de Combate a Sífilis da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1920.

Nessa época, logo após a horrível epidemia da Gripe Espanhola, segundo Pedro Nava<sup>198</sup>, os professores da faculdade de Medicina relatavam que naquele momento era preciso “pensar sifiliticamente”. A expressão dá a medida do impacto que teria motivado o surgimento da primeira liga acadêmica. Em seguida, Alves traça articulações entre os universos do ensino, da pesquisa e da extensão. O texto se intitula Ligas Acadêmicas.

Qual a função de uma Liga acadêmica? Essa pergunta é recorrente em todos os espaços que somos convidados a abordar esse tema. Sempre inicio esta abordagem reafirmando o caráter auto organizado das ligas; sua característica principal de ser um espaço construído por estudantes e para os estudantes. Mas devemos fazer a ressalva que, historicamente, as ligas acadêmicas comprem esse papel de integrar os estudantes em prol de um objetivo comum. *Seja pela necessidade de combater uma doença negligenciada pela academia, no caso da Liga Acadêmica de Combate a Sífilis<sup>199</sup> da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1920, a 1ª liga acadêmica que temos registro no país, até a necessidade de discutir temas de caráter mais geral e, de certa forma, impensados ao curso de medicina, como o debate de gênero e a concepção de corpo e suas relações desenvolvidos pela Liga de Anatomia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por exemplo* (grifos meus). Tudo isso ressalta o espaço de atuação das ligas acadêmicas, mostrando que seu espaço de ação está bem além dos limites físicos impostos pela universidade. O que só reforça o caráter emancipador que as ligas acadêmicas possuem. Outro questionamento recorrente ao abordarmos o tema deligas acadêmicas, é o porquê

---

<sup>198</sup> Nava narra essa tragédia em suas memórias. Primeiro como adolescente. Ele tinha 15 anos quando ocorreu a epidemia da Gripe Espanhola, quando ainda estudante do internato D. Pedro II. Em seguida, através dos relatos dos seus professores da faculdade de Medicina. Depois profissionalmente, colaborando num Posto de Sífilis que fazia parte da Higiene. Nava se formou em 1927 e colou grau em 1928. O contexto da sua colação será problematizada no tópico Ser Médico e O juramento de Hipócrates no sétimo e último capítulo desse trabalho. Aqui adiantamos as suas circunstâncias visto que ela guarda relações entre a formação acadêmica e o ingresso no mercado de trabalho, um dos objetivos distanciados das Ligas. “No dia 3 de Janeiro de 1928 o Olinda chamou-me em Palácio e disse-me que a Reforma da Higiene saíra a 31 de Dezembro e que minha nomeação seria assinada naquele dia pelo pai. Mas eu só poderia tomar posse depois de colar grau e ter em mãos meu Diploma de Médico. Mostrou-me o título de nomeação escrito com a letra dele. Confidenciou-me que para minha entrada tinha sido necessário afastar um dos candidatos do direto Raul d’Almeida Magalhães. Corri à Faculdade. (NAVA, 1979: 394)

<sup>199</sup> Uma atualização na forma e no conteúdo dos poderes e saberes sobre a questão da Sífilis pode ser visualizada num vídeo produzido e postado pelo professor e médico Daniel Coriolano, professor do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Ele tem residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Autor de publicações médicas digitais, uma delas best-seller no Amazon.com e idealizador do Profissão Médica Class. No vídeo o médico se reporta a maneira como aprendia os conteúdos didáticos na época de estudante de medicina e afirma “Gostei demais de gravar este conteúdo! Discussão sobre VDRL, FTABs, como interpretar e como agir diante da paciente gestante”. [EXCLUSIVO PARA MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA]



ingressamos em uma? Nesse sentido, sempre trazemos a questão da busca de identidade do estudante. Seja como acadêmico de medicina, como estudante universitário, ou mesmo como futuro profissional da saúde. A verdade é que ingressamos em uma liga acadêmica em função das afinidades e aptidões por temas ou tarefas que acreditamos possuir. E nesse processo cabe a premissa da experimentação ou o método da tentativa e erro. A pressa pela aproximação a uma prática médica mais precoce que àquela que a universidade vai promover nos leva a alguns exageros, como adentrar em um número excessivo de ligas, por exemplo, sem sequer ter tido contato com a temática desenvolvida. Nesse momento, eu mesmo sirvo de exemplo, ao relatar que entre o primeiro e segundo anos da faculdade de medicina, participei de algo em torno de 8 ligas, muitas delas ao mesmo tempo, muitas delas eu nem sequer sabia do que tratava, muitas delas me decepcionaram, muitas delas me frustraram, mas todas elas me ajudaram a iniciar a reflexão que trago nessas linhas e gerou minha vontade de contribuir para a melhoria das ligas acadêmicas, estudar mais sobre esse tema e defender sua importância para a educação médica e nossa formação pessoal como um todo. Basta listar a quantidade de habilidades pessoais que desenvolvemos graças ao trabalho que temos nas ligas. Afinal, não aprendemos a organizar um evento, a gerir um simpósio ou congresso, gerenciar patrocínios, estágios. Nada disso aprendemos em sala de aula. Há algo que não podemos esquecer ao tratar do tema ligas acadêmicas, é o potencial de transformação social que temos nas mãos, sobretudo ao trabalharmos com a extensão universitária. Ao pensarmos nas contradições a que somos expostos todos os dias e na vontade de transformar essa realidade que temos de ter como forma de retribuição de tudo o que produzimos dentro dos muros da universidade, por exemplo. Pensar e repensar essas contradições dentro do micro espaço que é uma liga acadêmica nos permite que esse debate seja colocado a todo instante, seja pela linguagem ou pela identificação social que temos com nossos pares, afinal estamos todos ali estudantes na liga, o que nos trás uma tarefa a mais. A de condensar esses elementos e fazê-los convergir em retorno social. Isso tudo, no sentido de defendermos um modelo de extensão, e nesse momento a gente se coloca enquanto defensor de um projeto de extensão que de fato tenha um caráter emancipador e que realmente transforme a realidade, que possibilite a crítica e, principalmente, que seja construído coletivamente. Para além de pensarmos em retorno social, um tema tão recorrente em nossos tempos. Havemos de expandir essa premissa e pensar na responsabilidade que temos ao lidar com pessoas, de ter a oportunidade de trabalhar com autonomia, de ocupar um espaço genuinamente estudantil e permitir que nossas disputas conceituais possam ir além do que lemos nos livros. Isso ressalta nossa responsabilidade. Falar em defesa de um projeto de extensão é algo crucial para entendermos esse contraste entre o que queremos ou podemos desenvolver, com o que a universidade nos apresenta. Quem já teve a oportunidade de participar de um projeto de extensão regulamentado pela universidade e um desempenhado pela própria liga pode sentir como se dá esse contraste conceitual. Uma pergunta que sempre me vem à mente é: Em qual dos dois cenários você teve mais autonomia de trabalho e atuação? Reflexões como essas, deixam claro que temos que repensar o papel que nossas ligas acadêmicas possuem na formação médica e sua contribuição para a educação médica. A responsabilidade deve ser compartilhada com a Academia. Nós, estudantes, já iniciamos esse processo. Esse processo de ressignificação de que carecem as ligas acadêmicas passa por relacionar os temas de educação médica às realidades e peculiaridades das ligas acadêmicas é um passo importante nesse contexto de transformação na educação médica e a contribuição que os estudantes têm demonstrado no cenário recente da educação médica. Um horizonte nesse contexto trata-se da regulamentação das ligas acadêmicas. Um instrumento que pode servir ao propósito da corresponsabilidade entre estudantes e acadêmica no direcionamento dado às ligas. Valendo a ressalva de que a participação estudantil é primordial nesse processo, uma vez que entendemos uma liga como uma forma de organização dos estudantes, feitas para eles e, sobretudo, por estes. De modo que as instituições de representação estudantil, leia-se os Centros e Diretórios Acadêmicos, têm um papel importante na regulação das ligas, bem



como na garantia de que o tripé universitário seja respeitado e, mais além, seja executado de forma responsável, sem distorções e contribuam para a emancipação do estudante e da sociedade. Isso é possível de várias formas, uma delas através de conselhos institucionais de ligas acadêmicas, órgãos reguladores formados por estudantes e respaldados pela Academia para garantir o bom andamento das ligas. Esse mecanismo de regulação promove, além do monitoramento e respaldo institucional, um processo de autocritica constante, onde tanto as formas de repassar conhecimento, quanto a forma de se inserir e interagir com a comunidade e a sociedade como um todo, além da forma como produzimos e difundimos conhecimento e, principalmente, para quem produzimos esse conhecimento. O desafio está lançado. Chegou o momento de as ligas acadêmicas assumirem o protagonismo institucional em nossas formações. Protagonismo este que, de certa forma, já exercem informalmente. Desafio grandioso este que nos é colocado. O sucesso dele depende, e muito, da forma como a academia vai lidar daqui para a frente com as nossas ligas acadêmicas. Os estudantes já se posicionaram nesse processo que vai além de dar autonomia às ligas, mas perpassa por dar-lhes um significado maior para que possamos desenvolver o potencial de contribuição que as ligas possuem para a educação médica e a formação dos nossos futuros médicos.

A Liga Acadêmica de Combate a Sífilis da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1920 é apontada como a sinalização histórica da primeira liga acadêmica em atividade no Brasil e o seu *mito de origem*<sup>200</sup>. Apesar das diferenças e divergências políticas e daí que também parte a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas, a ABLAM. Questão histórica interessante visto que alguns mitos milenares na medicina são contestados por conta da negligência da contribuição árabe à história da medicina<sup>201</sup>. Aqui, aparentemente, não há motivo para nenhuma controvérsia<sup>202</sup>.

A Liga de Sífilis também é ilustrada como a primeira a exercer esse tipo atividade no país na apresentação das Diretrizes Nacionais da Ligas Acadêmicas da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas ( ABLAM) feita por Arthur Hirschfeld

---

<sup>200</sup> Dos trabalhos a que tivemos acesso, poucos problematizam historicamente a emergência de uma Liga. Uma tentativa um pouco mais sofisticada exercitada na atuação e na ampliação do próprio conceito de Liga, mas que, no entanto, não interroga historiograficamente suas fontes e métodos, pode ser acessada no caso das “Origens Históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental”. Ver **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. Uma das principais fontes da história do Brasil, nesse estudo é o livro Raízes do Brasil, de Sérgio Buarque de Holanda. Afora as próprias declarações de Hollanda sobre um de seus livros inaugurais e o risco de se incorrer nos mesmos erros aos quais pretende analisar e criticar, vale a pena ler algumas considerações críticas sobre o autor e a sua obra IN. GUSMÃO, Luís de. **O Fetichismo do Conceito: limites do conhecimento teórico na investigação social**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2012 .

<sup>201</sup> Ver GOODY, Jack. **Renascimentos: um ou muitos?** São Paulo: Unesp, 2011.

<sup>202</sup> Uma interessante aproximação historiográfica e cronológica ao período da Liga de Sífilis e que contextualiza e relaciona as epidemias de um período, a medicina social, a história, a saúde pública, a medicina popular, as disputas entre o charlatanismo e a ciência médica que vai se institucionalizando como oficial e outros saberes que estão dispersos e difusos naquilo que depois tentou ser condensado como campo médico – o caso da homeopatia, pode ser visualizado em BERTUCCI, Liane Maria. **Influenza, a Medicina Enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo**. Campinas: Editora da Unicamp, 2004

Danila, então presidente da entidade na gestão 2009-2011. A própria emergência da ABLAM, em 2005, é colocada em perspectiva. Ela se coloca como uma das entidades dos estudantes de medicina no Brasil que visa representar a atividade e o exercício das ligas acadêmicas de medicina.

As Ligas Acadêmicas são entidades constituídas fundamentalmente por estudantes, em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da Medicina. Para tanto, as atividades das Ligas Acadêmicas se orientam segundo os princípios do tripé universitário de Ensino, Pesquisa e Extensão. *Esse modelo de ação social e complementação acadêmica nasceu no Brasil, em 1918, com a criação da Liga de Combate à Sífilis da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na qual os estudantes, utilizando-se dos conhecimentos aprendidos ao longo do curso, montavam postos de profilaxia e tratamento gratuito à população* (grifos meus). Nos anos seguintes, diversas iniciativas semelhantes foram surgindo nas mais variadas instituições de ensino médico do país. Seguindo a tendência do aumento de faculdades de medicina em todo o Brasil, é possível observar um aumento exponencial do número de Ligas Acadêmicas, principalmente nas últimas décadas. Ao final da década de 1990, as discussões em Educação Médica passaram a considerar a possibilidade de os estudantes incluírem parte de suas grades curriculares com Ligas, o que corroborou ainda mais para o reconhecimento pleno desse tipo de atividade acadêmica. A fundação da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina – ABLAM – acontece em 2005, durante o 8º Congresso Brasileiro de Clínica Médica, e conta com o apoio de várias entidades médicas regionais e nacionais. A criação dessa Associação vem reforçar a complexidade organizacional que se pode encontrar neste tipo de atividade. Estabelecer as diretrizes gerais de Ligas Acadêmicas de Medicina é uma das ações da ABLAM no sentido de melhor orientar a organização e funcionamento das Ligas em todo o país. Após aprofundado estudo sobre o funcionamento de Ligas de diferentes instituições no Brasil, chegou-se ao documento encontrado nesta publicação, devendo ser observado por todas as Ligas que desejem associar-se à ABLAM<sup>203</sup>.

Em suma, a partir do acionamento de questões diversas, representantes das duas entidades partiram da mesma localização e da mesma emergência histórica. A problematização das fontes, fatos e métodos, no entanto, não foi realizada<sup>204</sup>.

---

<sup>203</sup> As Diretrizes se encontram nos anexos desse trabalho.

<sup>204</sup> Não tendo como aqui sinalizar para uma discussão tão ampla, sugerimos a pentalogia de José D' Assunção Barros para os interessados em pesquisar os meandros da teoria historiográfica. O primeiro volume trata dos princípios e conceitos fundamentais; o segundo versa sobre os primeiros paradigmas tais como o positivismo e o historicismo; o terceiro elenca os paradigmas revolucionários; o quarto aponta para os acordos historiográficos e exercita uma nova proposta para a teoria da história. O quinto e último contextualiza a Escola dos Annales e a Nova História. Sobre as relações entre a história e a memória, ver LEGOFF, Jacques. **História e Memória**. 4 Ed. Campinas: EDUNICAMP, 1996. Ainda sobre a teoria da história, ver SILVA, Maria Beatriz Nizza da (org). **Teoria da História**. São Paulo: Cultrix, 1980. Uma problematização sobre o ofício do historiador pode ser visitada em BLOCH, Marc. **Apologia da História ou o ofício de historiador**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. Ver ainda. RODRIGUES, Rui Martinho. **A História, autores e atores: compreensão do mundo, educação e cidadania**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

### 3.2 As Ligas Acadêmicas: entre a extensão universitária e a popularização da ciência

Sendo formatada como uma das principais atividades extracurriculares dos alunos de graduação, a atividade extensionista das ligas serviria, pedagogicamente falando, para ajudar a promover e a desenvolver um espírito e uma prática mais humanizada, ética e crítica; condizente com as demandas sociais da população.

A atividade extensionista das ligas está encravada entre o tripé ensino, pesquisa e extensão, os movimentos e as organizações estudantis, as diretrizes nacionais curriculares, as leis de diretrizes e bases da educação, as metodologias ativas de aprendizagem do ensino médico, as comissões de avaliação do ensino médico, o perfil e as demandas sócias, culturais, políticas e econômicas do mercado de trabalho no campo da saúde, a atuação dos sindicatos e corporações médicas e as reformas curriculares. A crítica à popularização da ciência se dá pelo possível assistencialismo inscrito nesse tipo de atividade. Paulo Freire em seu livro “Extensão ou comunicação” escrito e publicado a partir de uma experiência no Chile na década de 70 já problematizava a questão.

Um exemplo de atividade de pesquisa e extensão premiada está na atuação da Liga de Prevenção da Doença Renal da UFC que recebeu o 2º lugar no Prêmio Liga Sem Fronteiras da Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2013, concorrendo com ligas de todo o Brasil. O resumo, a divisão de atividades, os prêmios, os interesses de patrocínio e o campo de pesquisa aparecem como informações defasadas haja vista o anúncio da data do processo seletivo que figura na página do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

LPDR - Liga de Prevenção da Doença Renal Orientadora: Dra. Elizabeth de Francesco Daher. Site: [www.nupen.ufc.br](http://www.nupen.ufc.br) E-mail: Não possui. **Resumo.** A LPDR (Liga de Prevenção da Doença Renal), também conhecida como NUPEN (Núcleo de Pesquisa e Extensão em Nefrologia), é orientada pela Professora Dra. Elizabeth Daher. É uma liga atuante desde 2009 na Faculdade de Medicina UFC- Fortaleza, e registrada na PREX desde 2010. Desde então, tem atuado no tripé universitário, sobretudo com o objetivo de intensificar a difusão sobre a prevenção da doença renal entre a população do estado do Ceará. Na área do Ensino, realiza capacitações semanais, além de capacitação mensal junto à sua orientadora. Na Extensão, foco principal do projeto, realiza campanhas no interior, visitando cidades do Estado do Ceará (Fortaleza, Itapajé, Trairi, Itapiúna, Itarema, Guaramiranga, e Amontada) e rastreio em alguns bairros de Fortaleza (locais públicos como a Praça do Ferreira, Praça dos Estressados- Beira Mar) com trabalhos de conscientização da população, aferição de glicemia, pressão e demais medidas; atingindo, no

ano de 2013, o marco de 2952 atendimentos durante as campanhas. Participa de eventos como o Dia Mundial da Saúde, Dia Mundial do Coração, e organiza o evento do Dia Mundial do Rim regularmente. No campo da pesquisa, realiza trabalhos nas áreas de Nefrologia Clínica e Medicina Tropical. Além disso, participa de forma ativa em encontros e congressos, o que rendeu menção em artigo da revista do SBN( Sociedade Brasileira de Nefrologia). Recebeu o 2º lugar no Prêmio Liga Sem Fronteiras da SBN, concorrendo com ligas de todo o Brasil. Membros Atuais. - B.C. – Coordenadora de Pesquisa; CMarcelo; - JMV- Presidente; - JVB; LLL; LC; L MM – Coordenador de Mídias; LVMM– Vice-Presidente e Biblioteca; LNM – Coordenador de Ensino. - L. A.B.G. F. T.A. S. – Tesoureira; YSA. – Coordenador de Extensão. Provável data de seleção. Primeiro Semestre de 2014. Área de interesse. Principal interesse em temas da medicina voltados à Nefrologia. **Insumos principais e interesse de patrocínio.** Glicosímetros, diptick, esfigmomanômetros.

Segue o agradecimento dos membros da Liga na época. O agradecimento se encontra na página do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Nefrologia (NUPEN) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fincados os pés entre a extensão, a pesquisa e a problematização acerca da popularização,

É com extremo orgulho, satisfação e felicidades mil que recebemos essa premiação oferecida pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Prêmio que, tanto a nós, quanto à Liga de Nefrologia da Universidade Federal do Ceará, vem coroar um trabalho que é feito com muito carinho e dedicação. Um trabalho porque devemos usar a palavra pelo seu caráter sério, mas um compromisso dos membros no que diz respeito ao aprendizado do ser cidadão, ser humano e, por que não, ser médico. Parabéns a todos que tornaram isso possível, nossas orientadoras, Dra. Elizabeth e dra Sônia, nosso co-orientador, Dr. Paulo, aos membros!

A questão que se coloca é simples. Apesar da premiação da Liga não conseguimos vislumbrar a democratização, a participação, a inserção e a popularização da ciência na questão. Mesmo em evidência, e com a exposição de motivos e atividades apresentadas no resumo, a relação entre a atividade das ligas e o seu impacto social, cultural e política na sociedade não foi esclarecido de forma clara nesse episódio e ao longo dessa movimentação. Ainda prevalece, portanto, um olhar interno e institucional a atividade da Liga.

### **3.3 As Ligas Acadêmicas e a expansão das escolas médicas: surto e explosão universitária e institucional**

Partimos das considerações de Jacqueline Menezes, ex-presidente da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas e de Michel Alves, ex-Diretor Científico da DENEM, para abordarmos o tema. Em seguida o relacionaremos mais detidamente ao

fenômeno da expansão das escolas médicas como um todo visto que são aspectos altamente entrelaçados. Instada sobre a relação entre credenciamento, abertura, expansão de novos cursos de Medicina e as Ligas Acadêmicas de Medicina, diz Jacqueline.

Acabei citando um pouco disto em alguma resposta acima. Infelizmente, o que temos notado é que a multiplicação acrítica de escolas médicas tem levado à multiplicação também das Ligas Acadêmicas. O problema, é que estas estão sendo criadas sem quaisquer respaldos das instituições de ensino e/ou de órgãos acadêmicos (como mencionei, há faculdades que têm Ligas sem sequer possuírem um Centro ou Diretório Acadêmico). Somos favoráveis à abertura de Ligas, desde que isso não ocorra de forma acrítica. Preferimos “trabalhar” com as Ligas já existentes de forma a melhorar seu funcionamento, incentivar a realização de suas atividades dentro do tripé de ensino, pesquisa e extensão e tentar garantir, de alguma forma, que o trabalho que vem sendo feito por essas instituições seja sério. A ABLAM, até o ano passado, não possuía, diretamente, papel algum sobre o funcionamento/fiscalização das Ligas: basicamente, o que era feito era o cadastro da Liga, auxiliávamos as que necessitavam de ajuda, e por aí... Sempre incentivamos as instituições a nível local para desempenhar esta função, mas o que temos notado é que há uma dificuldade imensa em se criar, em se saber o porquê de se criar, em se saber como manter uma Liga... e principalmente as novas escolas médicas não têm podido fornecer estas informações aos interessados no assunto (não apenas as novas, infelizmente vemos dificuldades mesmo em escolas bastante tradicionais). Sendo assim, aproveitando toda a onda de mudança que a ABLAM tem tomado a partir de 2015, estamos desenvolvendo todo um sistema que dará credibilidade às Ligas que funcionem de forma adequada. Nossa certificação às Ligas e aos acadêmicos será baseada nas atividades que a Liga submeterá em nosso sistema, gerando pontuações específicas (no estilo da CNA – Comissão Nacional de Acreditação da AMB, não sei se você já ouviu falar). Nosso intuito é criar um sistema onde seja possível “se provar” que a Liga esteja funcionando adequadamente, e que num futuro isso seja utilizado como critério para pontuação em processos seletivos de residência médica, etc. Quando tudo ficar pronto terei o prazer de compartilhar com você (se ainda houver tempo e interesse no assunto para a sua tese, rs).

Apesar de ser um fenômeno histórico mais recuado só mais recentemente as ligas acadêmicas passaram a conferir e a merecer uma atenção maior. A multiplicação acrítica, a dissociação entre a abertura das ligas e os mecanismos mais tradicionais de representação estudantil segmentam e partilham o fenômeno. O surto atual das ligas aliado a uma explosão institucional nos últimos anos e a abertura de novas escolas médicas públicas e privadas pelo país afora torna-se aqui objeto de escrutínio. O crescimento das ligas está aqui atrelado à expansão e a capilarização de novas faculdades de medicina no país. A emergência da ABLAM em 2005 e sua defasagem histórica em relação a DENEM nos aponta essa hipótese. Vejamos o que nos reverbera Michel Alves através de cartilha escrita sob a sua coordenação com o tema Ligas

Acadêmicas. O crescimento das Ligas Acadêmicas parece ocorrer paralelamente e internamente ao movimento da expansão das escolas médicas observado com tanta reserva pelas entidades médicas. Atentos a essa movimentação, as entidades estudantis se apresentam ao desafio da formação ética e humana dessa demanda incrementada.

Pensando no aumento cada vez maior de ligas acadêmicas nas faculdades de medicina no Brasil e no interesse que elas despertam nos alunos, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), tem buscado se aproximar mais dessa realidade inegável atualmente. Nosso objetivo enquanto Coordenação Científica da DENEM é oferecer apoio aos alunos participantes de ligas acadêmicas ou que desejam montar uma, a fim de torná-las um instrumento para melhor formação de médicos competentes, humanizados e socialmente responsáveis, capazes de atuar com ética, nos diferentes níveis de atenção, como promotores da saúde integral do ser humano.

Vejamos, então, as quais fenômenos esse crescimento das Ligas mencionado por Jacqueline Menezes e Michel Alves pode ser relacionado e equacionado.

É que o chamado boom das escolas médicas projetados para o século XXI se situa numa série de questões. Conforme indicado por Amaral (2007) Elas guardam relações com o ensino superior e o sistema nacional de avaliação, a CINAEM e a avaliação e a transformação das escolas médicas brasileiras, a construção e a estratégia da CINAEM, a articulação das entidades e a opção pela avaliação, o auto-avaliação e os resultados da 1ª fase, o perfil das escolas médicas particulares, as conclusões finais da primeira da autoavaliação na primeira fase ocorrida no período 1991 e 1992, as conclusões da avaliação externa, constituindo a segunda fase entre os anos de 1993 e 1997 em que foram levadas em consideração o gênero, o tempo de docência, o regime de trabalho e a formação docente. A pesquisa, as publicações, a satisfação com a docência e os formandos também foram examinados. Além disso, o modelo pedagógico, a gestão e a infraestrutura entraram nas considerações.

Para avaliar o contexto mais recente da expansão das escolas médicas é ainda necessário observar o governo Lula e os mecanismos de incentivo tais como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), o ensino médico e a mudança da estrutura do Ministério da Saúde.

O perfil das escolas médicas e o perfil das vagas oferecidas em 2003 podem ser analisadas à luz do crescimento exponencial das escolas médicas no governo

Lula. Compõe ainda o rosários de itens, a relação entre as escolas médicas e a autonomia universitária, a expansão das escolas privadas , a consolidação da interiorização do ensino médico, a emergência e o despertar da hegemonia do ensino privado nas capitais brasileiras , a evolução das escolas médicas nas diversas regiões do país num contexto de desigualdades regionais e a oferta de vagas por distribuição geográfica num país multicultural e continental.

Do ponto de vista das ligações entre eventos nacionais e internacionais deve-se levar em consideração, as Conferências Internacionais de Saúde e a 12 ° Conferência Nacional de Saúde e a Educação Médica em Perspectiva Mundial.<sup>205</sup>

### **3.4 A expansão das escolas médicas**

Dados divulgados em 2011 pelo Conselho Federal de Medicina revelam que o Brasil possuía, na época, 183 atualmente escolas médicas. De lá para cá, uma realidade em que a maioria das escolas médicas eram de natureza federal vai paulatinamente se reconfigurando. Vão entrando em cena as escolas estaduais, antes restritas aos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. As faculdades particulares vão despontando em cidades médias do interior de estados nordestinos.

No mundo, apenas a Índia, com 272 cursos e uma população de 1,2 bilhão de pessoas (seis vezes maior que a brasileira) possui mais. Somente de 2000 a 2010, no país, foi autorizado o funcionamento de 80 escolas de Medicina (um aumento de 80%). Desse total, 72,5% (58 escolas) são privadas e visam o lucro, ao cobrar, em média, mensalidades de R\$ 3 mil por aluno. Em alguns casos, pode chegar a R\$ 7 mil. Esse crescimento desordenado de escolas médicas privadas no Brasil sofreu críticas do Conselho Federal de Medicina. As desigualdades regionais existentes entre as diversas áreas do país pode ser comprovada quando se percebe que até o ano de 1997, os estados do Acre, Rondônia, Amapá e Tocantins não possuíam faculdades de Medicina.

Tal fato mostra a política adotada pelo Estado brasileiro de prover e manter sob sua responsabilidade a formação de médicos em nosso País. Relativamente poucas são ainda as escolas de natureza pública estadual ou municipal, a exemplo da

---

<sup>205</sup> Uma publicação próxima a essa perspectiva, pode ser vista em SAILLANT, Francine. GENEST, Serge (orgs). **Antropologia Médica**: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.



Universidade de São Paulo e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É sabido também que, por tradição e cultura organizacional, nessas escolas públicas é que se encontram os melhores e mais bem equipados cursos de medicina do País. Chama-me a atenção, no entanto, o fato de que, enquanto o setor público é hegemônico na formação médica do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o setor privado mostra sua importância nos estados das regiões Sudeste e Sul, especialmente no interior desses estados. Das 38 escolas médicas privadas existentes no País, 28 (74%) estão localizadas no interior.

A política concentradora de recursos econômicos e sociais no Sul e Sudeste provoca a enorme aglutinação das instituições de ensino médico, ou seja, a grande maioria das escolas de medicina existentes no Brasil estão nessas duas regiões. E dentro das regiões, a maioria das faculdades estão localizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Foi essa política concentradora de equipamentos econômicos e sociais que levou à criação das maiores escolas federais de medicina nas capitais do Brasil promovendo assim a fixação dos médicos nos grandes centros.

Mas, como se deu a expansão dessas escolas médicas no Brasil?<sup>206</sup> Segundo o estudo, até 1950, as 13 escolas médicas existentes no País eram exclusivamente de natureza pública. Com a criação, naquele ano, da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco e do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba, surgem as primeiras instituições privadas de ensino médico no País. Nessa mesma década, ocorre um significativo crescimento, com o surgimento de 14 novas escolas, sendo cinco particulares.

Na década de 60, 36 escolas são criadas, sendo a maioria de natureza privada. Segundo MACIEL *apud* MACHADO (1997), essa extraordinária expansão, mais acentuada a partir de 1965, refletiu tanto a pressão das classes médias urbanas por aumento das vagas no sistema universitário, como também satisfaz as expectativas dos planejadores, que buscavam atender às novas necessidades de desenvolvimento da assistência médica no País. Fruto imediato dessa nova política foi, no caso da medicina,

---

<sup>206</sup> Ver no Site do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá. A matéria: **Conselhos de medicina são contra abertura indiscriminada de escolas médicas no país**: Para as entidades, isso coloca em risco a saúde da população e é uma tentativa de desviar a atenção da sociedade dos reais problemas do Sistema único de Saúde (SUS)

a explosão de novos profissionais e novos empregos médicos, ou seja, "entre 1977 e 1987, por exemplo, para os 80 mil novos médicos foram criados cerca de 100 mil empregos" (MACHADO, 1996; 119). Mas essa expansão não esteve, evidentemente, alienada da política mais ampla do governo de expandir o ensino universitário no País. Nessas três últimas décadas, ocorreu um crescimento na cobertura universitária maior do que em qualquer outro nível de ensino. Afirma TEDESCO *apud* MACHADO (1997:108):

hoje a qualidade de estudante universitário é compartilhada por centenas de milhares de jovens. No Brasil, por exemplo, a matrícula universitária passou de 700 mil, em 1960, a mais de um milhão em 1975. Na Venezuela, de 25 mil a mais de 200 mil. No México, de 66 mil a mais de 500 mil. Na Argentina, de 250 mil a 600 mil..

Amparados por essa posição das autoridades educacionais durante o regime militar e pela falta de uma política que estabelecesse uma estratégia disciplinadora do processo, os empresários da educação abriram cursos sem uma devida fiscalização (BRASIL *apud* MACHADO, 1997; 15 e 28-39). Muitos desses cursos não apresentavam condições mínimas, fosse pela falta de infraestrutura de apoio (laboratórios e bibliotecas), fosse pela falta de docentes qualificados e campo de prática apropriado. Na opinião de REGO *apud* MACHADO (1997; 48),

é muito comum, ao analisar a 'crise do ensino médico', atribuir sua responsabilidade à criação de grande quantidade de novas escolas médicas, especialmente durante a década de 60 e início da de 70. Por exemplo, Moraes analisando tal crescimento, afirma que 'não houve planejamento adequado para que se preparasse o corpo docente para essas escolas e também não se exigiu, para permitir suas instalações, o pré-requisito do Hospital Escola (...) Houve uma massificação na formação de médicos. A consequência foi a queda do padrão do ensino'. A fuga para os estágios extracurriculares também, da mesma forma, costuma ser considerada como uma consequência deste crescimento.

Um longo período histórico é demarcado no estudo. Ficamos sabendo então, que no período de 1955 a 1990, o Brasil graduou 156.212 profissionais, o que equivale a mais de dois terços de todo o contingente médico existente hoje no mercado de trabalho" (MACHADO, 1996:147). Esse crescimento desordenado, sem um efetivo controle da corporação e com nefastas consequências do ponto de vista de oferta e demanda, ensejou um movimento corporativo oposto ao preconizado nos anos 50 e 60, que culminou com a proibição de criar novas escolas a partir de 1971 (Brasil, 1972:8). Essa proibição, revalidada sistematicamente, vigorou até 1989, quando, por meio de Decreto Presidencial (Brasil:1989), regulamentado por Portaria Interministerial (Brasil,

1990), foram estabelecidos critérios mediante os quais seriam apreciados os pedidos de autorização de funcionamento de novos cursos. Tais critérios, curiosamente, são muito semelhantes aos vigentes no início da década de 1960 embora tenham sido 'atualizados' para a nova conjuntura política e burocrática. Tal como no passado, esses critérios vêm se mostrando pouco eficazes para a efetiva regulação desse processo. Novas escolas têm sido criadas não só como resultado de bem articuladas injunções políticas (a despeito de pareceres técnicos contrários), como por meio do artifício de criar 'universidades' e, com amparo no preceito constitucional da 'autonomia universitária', adquirir a prerrogativa de colocar em funcionamento qualquer curso superior. Nesse contexto decorrente da expansão desordenada, a corporação esboça críticas no sentido de 'conter' esse processo.

Se nos anos de 1960 as entidades médicas apoiaram a abertura de novas escolas, hoje a realidade é outra. Os inúmeros boletins, jornais, anais de congressos e encontros registram opiniões políticas das entidades médicas - AMB - Associação Médica Brasileira, CFM - Conselho Federal de Medicina, FI-NAM - Federação Nacional dos Médicos, e ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - contrárias à expansão. Não são poucos os registros documentais que revelam posições desfavoráveis e até críticas, culpando a política adotada nos anos de 1960 e explicitando o desequilíbrio existente hoje entre oferta e demanda, a desvalorização do profissional e má qualidade do ensino. (MACHADO, 1996:149)

Por outro lado. Rego apud Machado (1997:48-61) mostra que a corporação, em que pese a situação política de então e a criação da Comissão de Ensino Médico no âmbito do Ministério da Educação e Cultura (MEC), furtou-se a criar, na época, mecanismos formais (da corporação ou do Estado) que regulassem o processo de formação de médicos. A política empreendida pelas lideranças de então era semelhante àquela historicamente assumida pela corporação: linha auxiliar e cooperativa do Estado, sem que contestações mais veementes fossem encaminhadas pelas organizações oficiais da corporação.

Um dos aspectos mais afetados pela expansão quantitativa do ensino superior foi, sem dúvida, a relação com o mercado de trabalho. Na realidade, este é um problema que interessa ao sistema educacional interno, e não apenas à universidade. Os padrões de crescimento vigentes na região foram responsáveis por um ritmo de criação de empregos, que, em termos gerais, foi inferior a toda expansão escolar e da população ativa no seu conjunto. Essa rigidez foi particularmente conspícua nos setores das atividades de transformação, de tal modo que as oportunidades de emprego para as pessoas altamente educadas se restringiram cada vez mais ao setor terciário, onde o Estado ocupa o lugar mais destacado. Neste sentido, a função tradicional da universidade como formadora de profissionais independentes foi substituída por uma realidade onde a universidade habilita seus egressos a ocuparem postos assalariados, que garantem status e ganhos menores do que os

esperados, sem falar na grande competição a que os postulantes estarão sujeitos. A importância cada vez maior desse fenômeno provocou um processo de desvalorização dos anos de estudo, que merece alguns comentários. (TEDESCO *apud* MACHADO, 1997;111)

A tentativa de controlar, reparar e compensar “o mal decorrente dessa política expansionista” faz emergir duas propostas de avaliação do ensino médico: uma do Ministério da Educação; a outra da corporação médica consubstanciada na Cimaem. Com uma política de reavaliar todos os cursos universitários, o MEC propõe a elaboração de um exame (prova teórica escrita) para todos os recém-graduados, objetivando analisar, avaliar e testar a validade do conhecimento adquirido ao longo da formação profissional nas instituições acadêmicas.

Uma curiosidade histórica. Na época, a medicina estava prevista como uma das primeiras carreiras em que seria aplicado o exame profissional. No entanto, a corporação médica, por meio de suas entidades, argumentaram *desfavoravelmente* à realização de tal exame, enfatizando a insuficiência dessa modalidade de avaliação para um curso tão complexo. Para as entidades médicas, essa avaliação deveria nascer da própria corporação, já que o princípio da auto-regulação profissional é um dos elementos considerados fundantes da profissão.

A polêmica sobre os exames profissionais no campo médico “ressurgiu” recentemente com o Programa Mais Médicos nos termos das condições de validação dos diplomas de médicos formados noutros países que venham a trabalhar no Brasil. Isto é, a discussão dos exames profissionais agora foi reatualizada sob o signo do impacto que a validação de cursos e diplomas médicos estrangeiros tenham no mercado do trabalho médico nacional. São, por essas e outras razões, alvo de disputas políticas entre o Ministério da Saúde do Governo Federal e algumas associações profissionais e acadêmicas da classe médica.

### **3.5 A Abertura de Cursos de Medicina em Instituições Privadas e Públicas**

Um dos poucos temas que guardam uma mínima unanimidade no mundo médico diz respeito a questão da abertura indiscriminada das escolas médicas. Tanto a ABLAM quanto a DENEM – embora com enfoques e perspectivas diferentes - situam e analisam esse fenômeno com reservas e ressalvas.

A discussão se alia a questão da formação e do futuro profissional dos médicos. É o que podemos inferir desse artigo de Mario Scheffer<sup>207</sup>. Nele a participação dos médicos nos setores da saúde, a desigualdade público-privada, as disparidades geográficas, de gênero e por especialidades. Sobre o último ponto, lembramos que uma das mais recorrentes críticas às Ligas é a sua influência na especialização precoce dos estudantes e a antecipação dessa hierarquia dos saberes e poderes médicos logo nos momentos iniciais da formação do estudante de medicina. A interiorização da graduação de medicina e a multiplicação de cursos médicos no país, a feminização, as múltiplas modalidades e vínculos do trabalho médico assim como as mudanças, impactos e desafios em curso no que diz respeito ao universo público e privado da saúde, o aumento explosivo do contingente de médicos e as necessidades reais da maioria da população no campo da saúde completam a análise do professor. Estamos diante de uma radiografia demográfica do campo médico.

Para onde irão os médicos do Brasil?. Ao analisar a participação dos médicos nos setores da saúde, ressaltam-se a desigualdade público-privada, além das disparidades geográfica, de gênero e por especialidades. O número de médicos crescerá em grande velocidade no Brasil – dos atuais 430 mil para 600 mil na próxima década –, resultado da abertura de dezenas de novos cursos de medicina, sobretudo privados, após a aplicação da Lei Mais Médicos, de 2013. Embora a decisão pela multiplicação de escolas médicas não tenha sido acompanhada de um plano de garantia da qualidade dos cursos e da democratização do acesso à graduação em medicina, pode-se considerar que resta definitiva a expressiva ampliação do contingente de médicos no País. Afinal, depois de autorizado, em função dos interesses envolvidos, nenhum curso de medicina, mesmo mal avaliado, fecha as portas no Brasil. Esforços adicionais de pesquisa serão necessários para acompanhar se o aumento global da quantidade de médicos no País irá satisfazer as demandas do sistema de saúde e as reais necessidades da população. Um dos instrumentos, dentre outros, que podem contribuir para tal finalidade é a Demografia Médica, estudo sobre a população de médicos que conduzimos junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, em parceria com outras instituições como UFRJ e UERJ. Na demografia médica consideramos fatores como idade, sexo, anos de formado e especialização, mas também trabalhamos com informações sobre fixação e mobilidade territorial, remuneração, vínculos, carga horária, produção, comportamentos, escolhas e práticas dos médicos. (...) A distribuição de médicos é marcada por desigualdades regionais, estaduais e entre as capitais e interiores. Por exemplo, as 39 cidades brasileiras com mais de 500 mil habitantes concentram 30% da população e 60% de todos os médicos do País. A interiorização da graduação de medicina, para cidades e regiões onde não existem ou há poucas escolas médicas, ainda não se revelou um fator indutor da fixação de médicos nessas localidades. Os municípios do interior que

---

<sup>207</sup> Mário Scheffer é professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP) e vice-presidente da Abrasco. Coordenador da pesquisa *Demografia Médica no Brasil 2015* – Artigo publicado originalmente no Jornal da USP – <http://jornal.usp.br/artigos/para-onde-irao-os-medicos-do-brasil/>

abrigam cursos de medicina assistem à migração dos profissionais formados para as capitais e cidades de grande porte. O número de médicos especialistas no Brasil, distribuídos em 53 especialidades, está aumentando após políticas de expansão dos programas e vagas de residência médica, mas as desigualdades na distribuição de especialistas no País segue o padrão da concentração geográfica de médicos em geral. O Estado de São Paulo, por exemplo, tem mais de 80 mil médicos com títulos em especialidades, o equivalente à soma de todos os especialistas das regiões Nordeste, Centro Oeste e Norte. Desde 2010, mais da metade dos novos médicos são mulheres, em proporção crescente que consolida tendência de feminização da profissão, ainda a ser melhor estudada. No entanto, a remuneração total das mulheres médicas é menor que a dos homens e a presença feminina varia fortemente de acordo com a especialidade, o que aponta para desigualdades de gênero na medicina. No sistema de saúde brasileiro, o público e o privado coexistem no financiamento, na gestão, na infraestrutura e nos recursos humanos. E, de acordo com escolhas pessoais, condições de trabalho ou de remuneração, os médicos movimentam-se entre a variedade de instituições, empregadores e formatos públicos e privados de prestação e recebimento por serviços. Há diversidade e sobreposições de modalidades, formatos, locais e cenários de prática da medicina no Brasil. Não se pode simplesmente contrastar os médicos entre aqueles que estão no setor público ou privado; no consultório ou no vínculo assalariado; na atuação hospitalar, ambulatorial, em cuidados primários ou em plantões. (...) São características da profissão médica no Brasil a multiplicidade de vínculos de trabalho (quase metade dos médicos tem três ou mais empregos), as longas jornadas (dois terços trabalham mais de 40 horas semanais), a realização de plantões (45% atuam em pelo menos um por semana) e os rendimentos mais elevados, se comparados a outras profissões. Mesmo assim, constata-se que cerca da metade dos médicos brasileiros atua tanto no setor público quanto no setor privado. Aproximadamente três de cada dez profissionais trabalham apenas no setor privado, onde são maioria os homens, especialistas, com maior idade e com rendimentos mais elevados. Já dois de cada dez médicos atuam exclusivamente no sistema público de saúde, onde predominam as mulheres, os mais jovens, os sem especialidade, muitos ainda cursando Residência Médica, e aqueles com rendimentos mais baixos. A presença dos médicos nas unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família (23% dos que atuam no setor público estão nessas estruturas, enquanto 51% trabalham em hospitais) pode não ser suficiente para a efetivação da atenção primária conforme preconizada, como porta de entrada ordenadora do sistema de saúde. Pior ainda é a situação dos serviços de atenção ambulatorial e especializada do SUS, onde atuam menos de 5% dos médicos brasileiros, escassez que contribui para as famigeradas filas de espera em consultas, exames e cirurgias eletivas. É praticamente a mesma a quantidade de médicos a serviço do público e do privado, tanto no grupo de dedicação exclusiva a um dos setores quanto no grupo que atua paralelamente nos dois setores. A população coberta exclusivamente pelo SUS, no entanto, é três vezes maior do que a população que recorre à rede privada por ter plano de saúde, mas que também usa o SUS nas inúmeras exclusões praticadas e barreiras impostas pelo segmento suplementar. A concentração de médicos a favor das estruturas privadas é fenômeno já apontado por estudos anteriores da Demografia Médica, que analisou os postos de trabalho ocupados por médicos nos estabelecimentos públicos e privados, em série histórica – 2002, 2005 e 2009 – da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), do IBGE. Ao analisar dados também do IBGE, da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), concluímos que, no País, três a cada quatro brasileiros realizaram consulta médica no ano anterior à entrevista. Essa proporção foi maior entre quem tem plano de saúde (88,2%) do que entre aqueles que não têm plano (69,2%). Após análises ajustadas por sexo, idade e escolaridade, indivíduos

com planos de saúde, comparados à população sem plano, tiveram, no Brasil como um todo, uma chance quase três vezes maior de consultar o médico no último ano, com diferença ainda mais expressiva nas regiões Norte e Nordeste. (...) Nota-se, ainda, uma “fuga” ou retorno de parte dos profissionais que trabalham em consultório (60% dos médicos brasileiros) para o exercício mais liberal da medicina, com preferência pelo atendimento de pacientes particulares que pagam diretamente pelos serviços, deixando cada vez mais de atender clientes de planos de saúde, em função das relações conflituosas com as empresas do setor suplementar. Com a tendência de encolhimento do SUS e de privatização do sistema de saúde brasileiro como opção política em ascensão, mesmo o aumento do contingente global de médicos via abertura massiva de cursos de medicina, pode não ter o efeito esperado de levar médicos a locais e serviços públicos hoje desprovidos desses profissionais. Ao contrário, pode fazer aumentar as desigualdades no acesso da população a médicos e serviços de saúde no Brasil.

### **3.6 As Ligas Acadêmicas de Medicina na UFC: estrutura e funcionamento**

A estrutura, o funcionamento e o caráter interdisciplinar das Ligas é abordado. Discorrer sobre o tema Ligas se faz no seio de uma série de atividades e relações institucionais que se cruzam, se avizinham, se complementam e se afastam de acordo com o ângulo de observação e as circunstâncias. A composição de algumas ligas assume caráter interdisciplinar. Isto é, não são apenas estudantes de Medicina que fazem parte das ligas. Alunos de cursos como enfermagem também fazem parte dessa lógica. A lógica de estruturação das Ligas atende a critérios prescritos nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para tornar mais vívido a forma como elas funcionam adotamos uma sistemática nacional e local. No nível nacional pesquisamos a forma como as duas principais organizações estudantis lidam com as Ligas. Encontramos esparsas informações institucionais sobre a estrutura e o funcionamento das ligas que atuam ou pretendam atuar em parceria com os hospitais universitários. Encontramos no portal da polêmica EBSEH entidade que rege a atuação dos hospitais universitários federais em parceria com o ministério da educação e envolvida num complexo e tenso debate acerca da privatização de toda essa estrutura. A seguinte definição de Ligas Acadêmicas é encontrada no portal<sup>208</sup>. Ela nos informa acerca dos critérios formais, institucionais e

---

<sup>208</sup> As ligas cadastradas até aquele momento eram: Liga de Prevenção Renal, Projeto de Ação Integrada em Medicina do esporte, Liga Acadêmica do Sangue, Liga Acadêmica de Neurociências, Liga Acadêmica de Estudos em Pediatria e Neonatologia e Liga de Diabetes. Para ver a forma de organização e distribuição dos campos de conhecimento segundo os parâmetros da CAPES, ver a Tabela por Áreas de Conhecimento. Sobre o índice geral dos cursos de Medicina ver MEC/INEP. <http://portal.inep.gov.br/educacao-superior/indicadores/indice-geral-de-cursos-igc>



estatutários que devem nortear e regulamentar a criação e o funcionamento de uma liga acadêmica.

A Liga Acadêmica consiste em uma organização multidisciplinar de estudantes e profissionais da área da saúde para desenvolvimento de trabalhos científicos, didáticos, assistenciais, culturais e sociais, fortalecendo a formação acadêmica. A Liga Acadêmica é regulamentada por Estatuto que deve conter os objetivos, as finalidades, o código disciplinar, as obrigações dos coordenadores docentes e discentes e demais membros.

As Ligas Acadêmicas são originárias dos Departamentos Acadêmicos e coordenadas por um docente com aprovação de seus pares em Assembleia Departamental. As atividades desenvolvidas pelas Ligas constituem-se em atividades científicas teóricas e práticas, principalmente na área da saúde, sendo aulas, seminários, discussões de textos, acompanhamento a paciente e participação de grupos em atividades de ação social. A Liga Acadêmica por ser uma atividade extensionista favorece o desenvolvimento de projetos de extensão, projetos de iniciação científica e de pesquisa sob a coordenação de um professor orientador. Para a constituição de uma Liga é necessária a formulação de um projeto com definições dos objetivos e Estatuto e aprovação do Departamento de origem do professor coordenador. O cadastro das Ligas no Hospital Universitário está condicionado à aprovação do Conselho Administrativo do Hospital Universitário - CAHU, após encaminhamento dos documentos (Projeto, Ata de Abertura, Estatuto, Parecer de Aprovação da Assembleia Departamental e Ofício da Chefia de Departamento originário do professor coordenador) junto à Diretoria Adjunta de Ensino Pesquisa e Extensão – DIAEPE/HU. Após o cadastramento é necessário a manutenção de Livro Ata comprovando as atividades regulares da Liga e o encaminhamento de relatório semestral.

As ligas cadastradas até aquele momento eram: *Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia do Maranhão - LOT*; *Liga Acadêmica de Medicina Intensiva do Maranhão - LIGAMI*; *Liga Acadêmica de Dermatologia - LIDER*; *Liga Acadêmica de Hipertensão Arterial - LHA*; *Liga Acadêmica de Transplante e Insuficiência Cardíaca - LATIC*; *Liga Acadêmica de Pediatria da Universidade Federal do Maranhão - LAPED*; *Liga Acadêmica de Oncologia - LAONC*; *Liga Acadêmica de Neurologia - LANE*; *Liga Acadêmica de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão - LAHEMA*; *Liga Acadêmica de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo - LAGECAD*; *Liga Acadêmica de Diabetes e Obesidade - LADO*; *Liga Acadêmica de Dor do Maranhão - LAD*; *Liga Acadêmica de Cirurgia Cardiovascular - LACiC*; *Liga Acadêmica de Cirurgia Experimental do Maranhão - LACEMA*; *Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica - LACC*; *Liga Acadêmica de Asma - LAAs*; *Liga Acadêmica para Assistência Materno-Fetal - AMAFETO*; *Liga Acadêmica de Afecções Renais – LAR*; e *Liga Acadêmica de Ginecologia Endócrina e Climatério - LAGEC*; *Liga Acadêmica Vascular do Maranhão - LAVASC*; e *Liga Acadêmica de Tanatologia - THANATOS*.

A Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina produziu uma cartilha sobre o tema EB\$ERH como parte da Campanha Nacional em Defesa dos Hospitais Universitários. O tema da cartilha era “ Abaixo a EB\$ERH”. A campanha contou com a participação e representação nacional dos estudantes da saúde e do Serviço Social.

Olá Estudantes, trabalhadores, profissionais da saúde e usuários do SUS. Esta cartilha faz parte da **Campanha Nacional em Defesa dos Hospitais Universitários** organizada pela representação nacional dos estudantes da saúde, através das Executivas dos cursos de Farmácia (ENEFAR), Enfermagem (ENEEnf), Psicologia (CONEP), Nutrição (ENEN), Medicina (DENEM) e Serviço Social (ENESSO). Somos estudantes de todo Brasil, de diversos cursos da Saúde que, preocupados com os caminhos que vêm sendo propostos para os Hospitais Universitários (HUs) no nosso país, nos organizamos para lutar contra esses ataques. Desde o marco da criação do SUS, a saúde pública no Brasil vem sofrendo com o desmonte do nosso Sistema Único de Saúde que não é, e nunca foi colocado como prioridade pelos sucessivos governos. E nesse contexto, **o Governo tem fechado os olhos aos problemas da saúde, enquanto propõe as soluções que mais lhe convém**, não importando as consequências que essas ações têm para a nossa população, mas sempre beneficiando os empresários que encontram na saúde um mercado cada vez mais lucrativo. Um dos alvos no momento são os Hospitais Universitários, que compõe a maior rede de hospitais do SUS com 46 hospitais em todo o Brasil, ao todo 10% dos leitos que respondem por 12% de todas as internações no sistema. Após longos anos de orçamentos deficitários e funcionários desvalorizados, querem terceirizar e privatizar a gestão dos HUs através da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EB\$ERH)** sob a alegação de que com a nova empresa, como num passe de mágica, os problemas históricos serão solucionados. Esperamos que através dessa cartilha possamos embasar e inspirar os estudantes de todo o Brasil a se organizar e lutar em defesa dos seus HUs, em defesa do SUS e da universidade pública.

### **3.7 As Ligas Acadêmicas de Medicina na UFC: entre a interdisciplinaridade e a especialização do saber**

Como dito no tópico dois (2) acerca da chamada das ligas , a especialização parece ser um mote já ilustrado no sítio da faculdade de medicina da UFC. “ As Ligas Acadêmicas visam ampliar os conhecimentos médicos a partir de experiências acadêmicas em áreas específicas, permitindo assim uma aproximação dos estudantes com as especialidades médicas.”.

A liga de gerontologia da UFC foi um dos projetos que mais colaboraram nessa investigação. Por isso, ela nos servirá para iluminar uma área que conta com cerca de 60 especialidades médicas no seio da Universidade Federal do Ceará. Um microcosmo para lidar com um outro nível de segmentação. O dispositivo Alzheimer, um das principais doenças neurodegenerativas tratadas pela Gerontologia foi o eixo de

ligação que nos aproximou, desde o início, a essa investigação. Como dito no percurso metodológico ao iniciarmos as comparações e especulações entre o Autismo e o Alzheimer como já expomos no percurso metodológico. Em se tratando da patologização da memória é a partir daqui que intensificamos as possíveis ressonâncias entre o tema e as discussões entre a história, a memória e a educação.

No último mês de Junho, a Liga de Geriatria e Gerontologia realizou uma chamada para a seleção de novos membros. A pergunta aberta aos interessados é: “Por qual motivo você deseja integrar a LAGG-CE?” O caráter atualmente interdisciplinar da Liga pode ser avaliado pelo fato de que a informação acerca da nova seleção foi postada no sitio do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará em 9 de Junho de 2016<sup>209</sup>

A Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Ceará (LAGG-CE), projeto vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará, encontra-se com inscrições abertas até o dia 15 de junho de 2016. Estão aptos a participar do processo seletivo estudantes da UFC matriculados do 1º ao 6º semestre dos cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. As inscrições poderão ser realizadas diretamente com os membros da LAGG-CE ou através do e-mail [liga.geriatriace@gmail.com](mailto:liga.geriatriace@gmail.com), mediante entrega/ envio do histórico acadêmico, currículo (contendo e-mail e telefone de contato) e Carta de Intenção, respondendo à seguinte pergunta: “Por qual motivo você deseja integrar a LAGG-CE?” A primeira fase será composta de prova de múltipla escolha com 26 questões e ocorrerá no dia 16 de junho de 2016 no 4º andar do Bloco Didático do Departamento de Medicina Clínica. Serão classificados para a segunda fase os candidatos que obtiverem maior nota na prova, desde que obtenham aproveitamento mínimo de 60%. A segunda fase corresponderá à análise da Carta de Intenção e entrevista com os membros da LAGG-CE a ser divulgado posteriormente aos aprovados na primeira fase o local e a data. Contatos: A (Medicina), B (Enfermagem), C (Medicina), D (Medicina): 999999999. Fonte: ?Departamento de Fisioterapia/UFC - (85) 3366.8632”

### **3.8 A Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da UFC: o microcosmo de uma Liga**

A aproximação com uma determinada Liga Acadêmica pode tornar mais nítido o campo mais geral em que estamos inseridos<sup>210</sup>. No *site* da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Ceará (LAGG-CE) colhemos as seguintes informações que se seguem. A Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Ceará (LAGG-CE) é a

---

<sup>209</sup> <http://www.defisio.ufc.br/noticias/129-inscricoes-abertas-para-a-liga-academica-de-geriatria-e-gerontologia-do-ceara>).

<sup>210</sup> Agradeço aos estudantes da Liga de Geriatria da UFC e, em especial, ao estudante de medicina José Mourão pelo carinho e confiança depositadas nessa investigação.

nova denominação do antigo Projeto Bem Viver, o mais antigo Projeto da Faculdade de Medicina ainda em funcionamento. Fundada em 19 de Março de 2008, a LAGG-CE surgiu para ampliar as formas de atuação do Projeto Bem Viver, que funciona hoje como o braço de Extensão da Liga.

A LAGG-CE era originariamente composta por estudantes da Faculdade de Medicina da UFC a partir do S1. Ao longo de sua trajetória promoveu uma abertura interdisciplinar e atualmente possui membros das faculdades de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Trata-se de um projeto vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará, e vinculado ao Departamento de Medicina Clínica, tem como orientadores o Dr João Macedo Coelho Filho, coordenador do Centro de Atenção ao Idoso-HUWC-UFC e da disciplina de Geriatria da UFC, e o Dr. Charlys Barbosa Nogueira, professor das disciplinas de Geriatria e Semiologia Médica da UFC.

A Liga conta com atividades de ensino, pesquisa e extensão. As reuniões, nas quais são realizadas capacitações internas semanais, ocorrem às terças-feiras e, às quintas-feiras, participamos de reuniões científicas junto aos residentes de Geriatria do HUWC.

Atualmente, conta, também, com estágios no Hospital Geral de Fortaleza, Instituto Dr. José Frota e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Na área de extensão, podemos destacar a atuação dos integrantes no Programa Novas Idades, transmitido ao vivo todos os sábados através da frequência 107.9 FM, das 11 às 12h, e que tem como objetivo principal a promoção da saúde e qualidade de vida, para que as pessoas atinjam a 3ª e 4ª idades de forma ativa, criativa e saudável. O programa tem como apresentadores o Dr. Antero Coelho Neto<sup>211</sup> e o Dr.

---

<sup>211</sup> O Professor Antero Coelho Neto foi o primeiro Reitor da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Participou de inúmeras missões e pesquisas no Brasil e no Exterior no campo da saúde. Escreveu artigos e livros que abordam questões sociais, culturais, políticas e econômicas da saúde e da educação. Encontramos uma coletânea de artigos seus publicados no Jornal “O POVO” que versam sobre a saúde e a educação do brasileiro. Ver COELHO NETO, A. **Palavras que valeram a pena**: a educação e a saúde do brasileiro. Fortaleza: ABC Editora, 2006. Foi ainda idealizador do programa “Novas Idades” atualmente denominado “Novas Dimensões”. Essa renomeação do programa, diz respeito a uma maior abertura interdisciplinar no enfoque dos saberes e práticas ligados à saúde. O Programa, inicialmente transmitido na Rádio AM do Povo, vai ao ar todos os sábados das 11 horas ao meio dia na Rádio Universitária da UFC. Faleceu, infelizmente, durante essa pesquisa.

João Macedo Coelho Filho<sup>212</sup>, os quais também atuam como coordenador e orientador do projeto, respectivamente.

Os integrantes da LAGG também participam de projetos, como o Projeto RONDON, e de campanhas, como o Dia Mundial da Saúde (abril) e o Dia do Idoso (outubro).

No âmbito do ensino ministra cursos tais como o “Curso de Saúde do Idoso” e já ministrou uma modalidade de cursos tais como o Recém-Ingresso com o tema “Introdução à prática médica”.

No segmento da pesquisa, A Liga de Geriatria atua na pesquisa, produção, envio e apresentação de trabalhos acadêmicos tais como o que foram publicados nos anais do XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia que versam sobre diversos temas e projetos ligados ao saber e à prática gerontológica.

Dentre esses assuntos poderíamos destacar: fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inadequados; relatos sobre o Programa “Novas Idades” exibido na Rádio Universitária da Universidade Federal do Ceará; relatos sobre a participação da Liga de Geriatria em ações do Projeto Rondon e do projeto Bem Viver a partir do qual a própria Liga se originara; tematização do Projeto Tempo de Espera voltado à promoção de saúde para os idosos; estudos sobre o perfil de pacientes com Demência em serviço especializado em hospital terciário; análise de sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com Demência; avaliação diagnóstica de pacientes com declínio cognitivo leve e em idosos com transtornos cognitivos leves; perfil de pacientes cirúrgicos com maior predisposição ao tromboembolismo venoso em um hospital privado no Ceará; anemia entre idosos e muito idosos no serviço de Geriatria de um hospital universitário no nordeste do Brasil; prevalência de quedas e fatores relacionados entre os idosos; avaliação funcional das atividades básicas e diárias em idosos.

---

<sup>212</sup> João Macedo Coelho Filho, médico geriatra e coordenador do Projeto Liga de Geriatria do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da UFC foi um dos coordenadores do livro “Você Pode me Ouvir Doutor? Cartas para quem escolheu ser médico” junto ao pediatra Álvaro Jorje Madeiro Leite, obra já mencionada nesse trabalho. O enfoque e o caráter interdisciplinar da publicação que conta com a participação de médicos, psiquiatras, pediatras, geriatras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, jornalistas, escritores, linguistas, psicanalistas parecem apontar para uma tentativa de abrir a discussão do campo médico aos demais saberes e práticas acadêmicas.

Em termos de organização acadêmica e institucional assim como da divisão social do trabalho a estrutura e a função da Liga assim se dá: presidência, vice-presidência, secretaria, tesouraria, coordenadorias de ensino, pesquisa e extensão; coordenadorias de estágio e de mídias e integrantes da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Ceará<sup>213</sup>.

No plano da extensão figuram ainda dentre e as atividades da Liga de Geriatria as campanhas de mobilização da opinião pública de algumas demências e doenças neurodegenerativas como o Alzheimer. A Liga postou a seguinte mensagem na sua página do Facebook no último 21 de Setembro de 2016, Dia Mundial da Doença de Alzheimer. No pôster abaixo da mensagem, um idoso e a frase “Não deixe que seja esquecido.”

A Alzheimer é uma patologia do cérebro de causa desconhecida, com agravamento progressivo, lento e irreversível, que afeta principalmente as funções intelectuais: a compreensão, a orientação, a atenção, o pensamento, a memória. A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum, afetando entre 50% a 70% dos casos de demência a nível nacional. Ao todo, segundo os dados da Alzheimer Europe, são 130 mil os cidadãos portugueses com esta doença progressiva, degenerativa e que afeta o cérebro e todas as funções a ele associadas.

A liga atua ainda em atividade ligadas ao ensino e a pesquisa. Aqui uma chamada para o II Curso de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Idoso<sup>214</sup>. Uma multidisciplinaridade inteiramente voltada ao campo da saúde não havendo diálogo com o campo das Ciências Humanas e Sociais.

Intercalados nas terças, quintas e sábados do período que compreende os dias 22 de Setembro a 15 de Outubro de 2016 serão discutidos os seguintes temas preenchendo uma carga horária de 40 horas: envelhecimento e a saúde no Brasil e no mundo, desafios de um país que envelhece – epidemiologia do envelhecimento, novos conceitos e perspectivas sobre CCL e Doença de Alzheimer, tratamento atual e perspectivas na terapêutica da CCL e da Doença de Alzheimer, Síndrome de fragilidade no idoso, Cuidados interdisciplinares com o paciente acamado e lesões por pressão,

---

<sup>213</sup> Não há menção sobre a participação política estudantil em Centros Acadêmicos ou Conselhos e Entidades estudantis locais, estaduais, regionais, nacionais ou internacionais nas informações disponibilizadas.

<sup>214</sup> Acompanhamos o primeiro curso na íntegra. Mais adiante problematizamos essa experiência. Não acompanhamos o segundo porque estávamos em fase de conclusão desse trabalho. Ver GOLDENBERG, Mirian (org). **Corpo, Envelhecimento e Felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2014. E também GRAY, John. **A Busca pela Imortalidade; a obsessão humana em ludibriar a morte**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

Disfagia no idoso: abordagem diagnóstica e terapêutica, Abordagem fonoterápica da disfagia em pacientes com doenças neurodegenerativa, Sexualidade e a pessoa idosa, Cuidador de idoso: características e nuances, Depressão e suicídio nos idosos, Idosos centenários: peculiaridades e cuidados, Diabetes no idoso: abordagem e peculiaridades, Abordagem nutricional do paciente idoso, cuidados paliativos em Geriatria e Gerontologia, Manejo da dor no paciente idoso, Estatuto do idoso: o que é a realidade e os desafios que enfrentamos para garantir os direitos dos idosos, Doença de Parkinson: diagnóstico e abordagem terapêutica, Diagnóstico diferencial de demências e distúrbios posturais e de equilíbrio no paciente idoso: uma abordagem fisioterápica.

Finalmente, a Liga de Geriatria organiza o processo seletivo para o ingresso dos novos estudantes que passarão a compor a agremiação. Durante a nossa investigação presenciamos, pelo menos 3 processos seletivos o que caracteriza a rotatividade entre os seus membros. No dia 15 de Junho de 2016, a Liga postou em sua página. “A Lagg informa que as inscrições para o processo seletivo foram prorrogadas até o dia 26 de Junho. A prova será realizada dia 27 de Junho. Venha aproveitar mais essa chance!”.

Nos questionários que seguem no próximo tópico, por exemplo, foram entrevistados estudantes de diferentes semestres do curso de Medicina aos quais já fizeram parte ou ainda estão Liga o que nos possibilita ler as suas experiências a partir de diferentes perspectivas.

### **3.9 Questionários**

Realizamos um questionário aberto de perguntas semi-estruturadas da pesquisa " A Educação Médica e as Ligas Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal do Ceará: contextos e trajetórias". No alto da página agradecemos a colaboração e a participação na pesquisa. Dissemos ao participantes e colaboradores que ela visa contribuir para o desenvolvimento do debate acerca da educação médica em nossa sociedade.

Os princípios metodológicos de diversas correntes no campo das ciências sociais, humanas, educacionais e históricas já foram objeto de um sem número de trabalhos. De um campo mais aproximado com a nossa pesquisa algumas das



possibilidades que se inscreveram na cadeia produtiva da produção, consumo e refinamento da coleta de dados foram o interacionismo simbólico e suas variações na escola de Chicago e na escola de Iowa, a etnometodologia de Harold Garfinkel, a dramaturgia social de Goffman, a observação participante, a história de vida, a pesquisa-ação e a pesquisa participante, o holismo e o individualismo metodológico, e até mesmo a teoria da escolha racional ensaiou - ainda que muito brevemente - sua aproximação<sup>215</sup>..

Certo que os questionários estão classicamente inseridos dentro das técnicas utilizadas pelas metodologias qualitativas na sociologia. Junto as entrevistas e enquetes. Os fundamentos teóricos, as considerações críticas, a definição do objeto devem ser levados em consideração de acordo com o campo e as possibilidades que se apresentam, se constroem e se refazem. Uma metodologia, como veremos mais adiante, no mapeamento virtual das Ligas Acadêmicas, que muda de acordo com as condições e características do suporte social, cultural e técnico do campo<sup>216</sup>.

---

<sup>215</sup> Ver HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2013. Sobre um breve relato retrospectivo da aproximação de um pesquisador, sociólogo, com um campo pesquisa formado por estudantes de medicina a partir do interacionismo simbólico, ver BECKER, Howard **Segredos e truques da Pesquisa**. São Paulo: Zahar, 2007.

<sup>216</sup> É o momento em que utilizaremos, sobretudo a Teoria Ator-Rede de Bruno Latour em seu diálogo com Marilyn Strathern, André Lemos e Lucia Santaella. O próprio Latour pode ser considerado um grande atualizador das ideias de Gabriel Tarde. Sobre os rebatimentos da obra de Tarde na escola de Chicago, ver ANTUNES, Marco Antônio. *Público, Subjetividade e Intersubjetividade em Gabriel Tarde*. Segue a passagem onde autor declara essas renitentes filiações “Na Escola de Chicago, a imitação de Tarde serviu para definir o conceito de atitude, presente nos estudos de Thomas e Znaniecki sobre o camponês polaco nos Estados Unidos (27). Park, partindo da noção de imitação de Tarde, das relações entre público, multidão e massa e dos estudos de Simmel, encara a opinião pública como um espaço de interação entre os mass media e a vida democrática (Mattelart, 1996:317). Mas, segundo Lubek (1981:380) a obra de Tarde não despertou muita atenção na Escola de Chicago. Todavia, algumas teorias desta Escola foram baseadas em Tarde. Ross, por exemplo segue o pensamento original de Tarde chegando mesmo a fazer uma tradução livre de algumas passagens de *Les lois de l'imitation* (Lubek, 1981:381). Na Escola de Columbia, o primeiro divulgador de Tarde foi Giddings, que elogia a originalidade de Tarde em *Les Lois de l'imitation*, embora considere que Tarde foi menos original em *La logique sociale*. Giddings foi, contudo, incapaz de fomentar um paradigma de comunidade científica em torno de Tarde. No entanto, Davis (1906) (28), oriundo da mesma Escola, publica a sua tese de doutoramento sobre Tarde. Elihu Katz é, talvez, o maior divulgador de Gabriel Tarde na actualidade. Elihu Katz, juntamente com alguns licenciados, desenvolveu um projecto de investigação sobre Tarde, primeiramente, na Universidade do Sul da Califórnia e mais, recentemente, na Universidade da Pennsylvania (com a Hyper Tarde Project Homepage - uma fonte de investigação sobre *L'opinion et la conversation*).” Cabe mencionar que o retorno à obra de Gabriel Tarde no Brasil tem se dado por uma via deleuziana. Tarde começou a ser lido e partir de uma passagem texto *Micropolítica e Segmentaridade*. Trata-se do último texto do terceiro volume dos Mil Platôs de Gilles Deleuze. Autores como Djacir Menezes e o Sérgio Buarque de Holanda de Raízes do Brasil já citavam Tarde, de forma contida e esparsa, antes disso. Sobre a discussão dos métodos de investigação em relação aos temas e objetos de pesquisa, Ver FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. Cabe aqui apontar uma cutucada epistemológica dada por Paul Ricouer em Foucault. No tópico “Sobre alguns mestres de rigor: Michel Foucault, Michel de Certeau, Norbert Elias.” Aborda o tema da

Aprofundando um pouco mais o contexto e a situação desses questionários nas relações que fomos estabelecendo com os sujeitos da pesquisa ao longo dessa trajetória, Dissertando sobre a globalização da antropologia depois do pós-modernismo, diz Nestor Garcia Canclini. É com essa ressalva que leremos o contexto das perguntas e respostas envolta nos questionários.

Uma novidade nos debates dos últimos anos sobre as velhas preocupações com a cientificidade da antropologia é não limitarmos à crítica *ética* (o etnógrafo diz a verdade?) ou à impugnação *política* (os interesses colonialistas impedem muitos antropólogos de ver corretamente ou os levam a deformar o real?). A problematização tornou-se mais radical, ao questionar epistemologicamente as condições nas quais se produz o saber antropológico e se elabora sua comunicação através de mediações textuais e institucionais. (CANCLINI, 2007; 131)

O risco de exotizar um assunto é grande. Mas, diante de tantos alertas aos limites do dizer a verdade, deformar uma realidade e questionar epistemologicamente as condições em que se situa a produção de um saber antropológico, vejamos o risco de tomarmos verdadeiros escorregões numa pesquisa.

Partimos do exemplo de um estudo de Hans Joas sobre o interacionismo simbólico<sup>217</sup>. Ele percorre o tema do pragmatismo como fonte filosófica da Escola de Chicago, a evolução da Escola de Chicago e finaliza seu estudo com uma avaliação do tema. Numa passagem desse mapeamento, enquanto discorre sobre a evolução da Escola de Chicago, ele compara e mostra as distintas estratégias utilizadas pela Escola de Chicago e a sociologia das organizações na análise dos hospitais. Joas mostra como a grade conceitual e os modelos de interpretação de uma teoria podem bagunçar a percepção de uma realidade. O interacionismo simbólico percebeu o erro teórico cometido pelo aparato conceitual de uma vertente da sociologia das organizações<sup>218</sup>. Lá onde ela teimava em querer enxergar um tipo “racionalista burocrático e

---

arqueologia. E nela, Ricoeur aporta na questão da relação entre a medicina e as práticas não-discursivas. “ Considere-se o exemplo da medicina clássica, tratado na *Histoire de la clinique* e evocado novamente em *L’Archéologie du savoir*. O que seria um tratamento arqueológico de sua relação com as práticas médicas e não médicas, políticas, entre outras? Vê-se o que é recusado: fenômeno de expressão, de reflexo, de simbolização, relação causal retransmitida pela consciência dos sujeitos falantes. Mas qual a relação positiva com as práticas não discursivas? Foucault limita-se a atribuir à arqueologia a tarefa de mostrar como e em que condição a “ prática política” faz parte das “ condições de emergência, de inserção e de funcionamento” (op.cit.p.213), do discurso médico, por exemplo. Mas sem supor que determine seu sentido e sua forma. ( RICOEUR: 2007: 212) RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

<sup>217</sup> Ver GIDDENS, Anthony (org) **Teoria Social Hoje**. São Paulo: UNESP,1999

<sup>218</sup> No Brasil, Maurício Tragtenberg e Guerreiro Ramos colaboram com críticas à chamada Sociologia das Organizações noutras perspectivas teóricas.

funcionalista”, tais modelos insistiam em se revelar inadequados. Ao realizar essa crítica, o interacionismo simbólico acabou propiciando a si mesmo e à sociologia das organizações uma maturação analítica. O ponto de partida, vindo de inúmeros desdobramentos e filiações teóricas, são os estudos de hospitais.

A continuação da obra de Hugues pode ser percebida também nos excelentes estudos sociológicos sobre profissões, especialmente da medicina, realizados por Eliot Freidson (1970), Howard Becker (Becker et al., 1961) e Anselm Strauss (...). Também a estruturação dessa abordagem foi conduzida inteiramente segundo o estilo empírico da tradição de Chicago: no conjunto se desenvolveu graças a estudos de caso específicos tematicamente limitados, mais do que da simples elaboração de conceitos. O ponto de partida para o desenvolvimento dessa abordagem pode ser localizado onde a pesquisa de profissões, conduzidas por membros da Escola de Chicago (principalmente em estudos de hospitais), assumiu uma perspectiva distinta em relação à sociologia das organizações. Inicialmente, foi a reação do processo de mudança, isto é, ao incremento dos tipos de profissionais que exerciam suas atividades em organizações complexas, que desviou o interesse das “profissões” para as “organizações profissionais”. Na análise do ‘hospital’ como exemplo típico dessa organização, os modelos de sociologia organizacional dos tipos racionalista-burocrático e funcionalista revelaram-se inadequados. Nos hospitais, as estruturas da divisão de trabalho eram, desde o início, bastante indefinidas, com objetivos não-específicos e regras equívocas. Somente um processo contínuo de acordos tácitos, arranjos officiosos e decisões oficiais entre os vários grupos profissionais implicados, os setores dos grupos profissionais e os indivíduos sujeitos à estratégia da organização em seu conjunto e à forma da divisão do trabalho, tornam possível o funcionamento de semelhante organização. Daí, advém o princípio geral proposto por essa sociologia das organizações: elas devem ser concebidas como “sistemas de negociações contínua”. (JOAS *In* GIDDENS: 1999; 162)

Os estudantes responderam aos questionários enquanto estudantes, futuros médicos ou membros da corporação médica? Os três aspectos juntos ou subdivididos didaticamente? A forma, o conteúdo, o cruzamento, a sequência e o encadeamento das questões foram organizados no intuito de percebermos essas questões no seio das principais perguntas qualitativas relativas à nossa investigação: qual o papel das Ligas Acadêmicas de Medicina na formação dos estudantes de medicina? Como esta interrogação está incrivelmente enredada a outras, vimos desenhando o esboço de alguns contextos e trajetórias nas quais eles se inserem para emergimos com algumas informações plausíveis acerca desse universo microscópico.

E é observando as sugestões de Canclini e Joas que vamos lê-los de forma desarmada. Algumas observações feitas pelos estudantes lembram, por exemplo, as de Pedro Nava. Exemplo disso é a classificação que o autor exercitava entre os médicos de branco e os médicos marrons. Os primeiros, os brancos, contribuiriam e enalteciam a

profissão médica. Já os segundos, os marrons, serviam tão somente para amesquinhar a arte médica. Alguns estudantes indicaram uma leitura aproximada com a de Nava.

Os sete estudantes de medicina que responderam ao questionário da pesquisa fazem parte de uma liga interdisciplinar como já vimos anteriormente. Justapomos as sus repostas para facilitar a leitura em bloco nessa investigação. No entanto, as perguntas e respostas individuais, caso a caso, se encontram nos anexos desse trabalho. Vamos utilizar códigos tendo em vista a preservação da privacidade daqueles que colaboraram gentilmente conosco na pesquisa. Resumimos agora as principais informações socioeconômicas e culturais dos participantes. Os dados gerais de identificação que solicitamos aos nossos colaboradores foram os seguintes: nome, idade, sexo, renda familiar, escolaridade da família, crenças religiosas, profissão da família e hábitos no lazer.

O *primeiro* participante é A. Está no internato. Possui 25 anos, do sexo masculino O pai e a mãe possuem ensino médio completo. A mãe é costureira e o pai, corretor de imóveis. Afirma não ter nenhuma religiosidade. Com um renda familiar que gira em torno de R\$ 1.800,00. O Netflix, ir o cinema, a bares e restaurantes estão dentro dos seus principais hábitos de lazer.

O *segundo* participante é B. Está cursando o seu segundo semestre da Faculdade e o primeiro semestre de Liga. Possui 23 anos, do sexo masculino. A escolaridade da sua família é o grau superior completo. Sua crença religiosa é a católica. A profissão da família é a medicina com uma renda mensal que gira em torno dos R\$ 20.000,00. Não informou seus hábitos de lazer.

A *terceira* participante da pesquisa é C. Possui 22 anos. É católica. A família possui ensino superior completo e exerce diversas atividades e profissões. Nenhuma delas foi informada. Não sabe informar a renda familiar. Ler e praticar exercícios físicos foram elencados como seus principais hábitos de lazer.

Nossa *quarta* participante também é do sexo feminino. Possui 20 anos. É católica. Numa família com um advogado e comerciante e a mãe comerciante e funcionária pública alegou ter uma renda familiar que gira em torno de 1,5 salário mínimo. Seus pais possuem o ensino superior completo. Das três irmãs, uma é graduanda do Curso de Odontologia, a uma outra está cursando o Ensino Médio e outra está cursando o Fundamental II. Dentre os seus principais hábito de lazer estão ir

ao cinema, ir à casa dos primos e tios conversar, reunir-se com amigos na casa de um deles e passar a tarde conversando.

Nossa *quinta* participante, do sexo feminino, possui 18 anos e é católica. A escolaridade da família é especialista. Embora não tenha informado a sua renda familiar, ficamos sabendo, pela sua resposta ao item profissão da família que são gestores de escolas públicas. Dentre os seus principais hábitos no lazer estão: sair com os amigos, ir a atos religiosos e dormir.

Nossa *sexta* participante é do sexo feminino, possui 19 anos e é cristã, protestante. A família trabalha na área da saúde. Não soube informar e definir também a renda familiar. A escolaridade da família é o ensino superior completo. Ir ao cinema e correr figuram entre os seus principais hábitos de lazer.

Pela identificação da nossa *sétima* e última participante, ficamos sabendo que ela é do sexo feminino e possui 25 anos. Tem 2 anos e meio de liga. É católica. Não informou a renda familiar. Seus pais possuem o 2º Grau completo. São comerciante e seus irmãos são fisioterapeutas. Dentre os seus hábitos de lazer estão ir ao cinema, à academia, sair com os amigos e fazer curso de língua estrangeira.

Num total de 23 questões, nossa **primeira** pergunta aberta e semi-estruturada foi : *Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.* Todos os estudantes afirmaram desconhecerem-na, contrastando com o ideal preceituado no próprio Projeto Político Pedagógico. "Não conheço. (...) Não tenho informação sobre a proposta, não sei em que ela é estruturada. (...) Desconheço (...) não (...) não (...) Não conheço. (..) Não."

A **segunda** abordagem foi acerca das formas de aproximação, contato e informação dos estudantes de medicina e a ligas acadêmicas. *Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?*

No terceiro dia de aula, a manhã inteira é dedicada à apresentação das ligas existentes, e entendemos que estar nelas são o caminho para ter grupos de estudos em determinada área, levar trabalhos para congresso e publicar artigos. Percebemos que é praticamente regra entrar em uma liga o quanto antes – não ter liga é quase ser um excluído na faculdade. (...). O meio acadêmico, os próprios alunos. (...). Fiquei sabendo das ligas através de colegas e de professores que as orientam. (...) Na semana de recepção dos calouros há um momento em que cada liga faz uma apresentação elucidando um pouco das ações a que se propõem. Além disso, no decorrer da faculdade, vamos conhecendo mais intimamente as ligas e vamos encontrando em determinadas ligas a identificação com o que desejamos estudar mais. (...) sim (...). Quando entrei na faculdade, integrantes do Centro Acadêmico deram uma palestra acerca do funcionamento e das diferentes ligas que havia

na Faculdade de Medicina UFC, além da sua importância para nosso currículo e crescimento acadêmico. (...). Durante a semana de apresentação das atividades do curso de medicina e no grupo da faculdade onde cada Liga expõe suas atividades.

O **terceiro** questionamento tentou avaliar a relação entre os estudantes das diferentes Ligas. Uma forma também de avaliarmos e realizarmos uma primeira sondagem acerca da questão da especialização dos saberes e poderes inscritos no campo médico.

O nível de participação, contato com as outras ligas e as suas propostas pode ilustrar a forma como o diálogo entre os campos disciplinares da medicina vai se apresentando aos jovens estudantes. Daí a questão. *Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?*

Estou no último ano de curso, não participo mais de nenhuma, a atenção agora se volta para as provas de residência. Mas participei de dois projetos, com muita alegria. (...). Sim. Não. (...) Sim. Faço parte da Liga de Geriatria e Gerontologia e da Liga do Câncer (...). Faço parte da Liga de geriatria.(...). Sim (...). Sim, várias vezes nos unimos a outras Ligas e realizamos extensões. Além disso, já participei da Liga do Câncer UFC. (...). Participo apenas da LAGG. Temos parcerias com diversas ligas acadêmicas da UFC durante as extensões realizadas.

O cotidiano dos estudantes é abordado num **quarto** momento. Cruzando as informações dos hábitos de lazer com essa questão tentamos compor um quadro mais amplo do perfil social, cultural e acadêmico do estudante. A investigação das possibilidades e a disponibilidades narrativas dos estudantes no relato do seu cotidiano podem revelar ou ocultar traços mais profundos de suas premissas. Eis que é indicado aos estudantes. *Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.*

Bom, agora durante o internato, as atividades ocorrem todas no hospital. Diariamente nós examinamos os pacientes, checamos exames, descrevemos a evolução médica e fazemos as prescrições, para em seguida passarmos tudo para o preceptor, que vai corrigir ou não. Além disso, há várias aulas, treinamentos, discussões de artigo, palestras. Atualmente os hospitais estão se adequando a uma Lei do Estágio, na qual todo estágio obrigatório não remunerado não pode exceder 40h/semana. Durante o período pré-internato, havia aulas pela manhã e tarde, sendo algumas teóricas e outras práticas, na beira do leito ou em consultórios. Havia dois turnos livres por semana. Os horários de almoço e turnos livres, às vezes os finais de semana eram dedicados às Ligas. (...). Aulas integrais, LIGA, laboratório... Dia preenchido por completo. (...). Como estudante de medicina, além de uma rotina intensa de estudos na própria universidade, procuro estar sempre participando de cursos feitos pelas ligas com o objetivo de aprofundar meus conhecimentos sobre diversas áreas da medicina e de estar sempre revendo o que já foi dado na faculdade. (...). Atualmente tenho aulas teóricas do módulo de imunologia



às sextas-feiras, às segundas e quintas à tarde tenho discussão e resolução de casos clínicos no meu grupo tutorial. Nas quartas à tarde, normalmente, tenho aula de necropsia no SVO em Messejana. (...) estudo o que amo, faço academia, durmo, saio com amigos nos fins de módulo, participo de projetos sociais e de liga acadêmica. (...). No momento, tenho apenas a faculdade e a liga de geriatria. Além das aulas práticas e teóricas, vamos a várias monitorias ao longo dos módulos. (...). Além das aulas teóricas, atendemos alguns pacientes nos ambulatórios didáticos e, posteriormente, discutimos os casos clínicos, com os médicos/professores. Atualmente, além de integrante da LAGG, participo de 3 pesquisas (cardiologia, nefrologia, neuropsiquiatria geriátrica) e faço estágio na maternidade-escola.

O **quinto** recorte mantém e complementa a perspectiva colocada questão anterior e afunila a participação do estudante nas ligas. *Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.*

Quanto à Liga de Geriatria, havia reuniões semanais às terças na hora do almoço, de 12:30 às 14:00. Dedicávamos 45min para discutir um tema científico, e o resto do tempo para questões burocráticas, como organizar eventos, cursos e ações de extensão em instituições para idosos. Também estávamos presentes aos sábados para auxiliar o programa Novas Dimensões, na rádio Universitária FM. Também participei do Programa de Apoio à Vida – PRAVIDA – que trabalha com a prevenção de suicídio. Às quintas, na hora do almoço, havia a reunião geral para questões burocráticas. A partir de 14:00, iniciávamos os atendimentos supervisionados aos pacientes com risco de suicídio, que durava toda a tarde. Nos semestres em que eu não tinha a quinta à tarde livre, eu participava apenas das reuniões burocráticas. Os membros se revezavam para ir ao IJF realizar pesquisa com pacientes internados por tentativa de suicídio e oferecer o nosso serviço no hospital das clínicas. Também realizamos alguns encontros à noite para elaborar pesquisas relacionadas ao tema. Alguns sábados pela manhã organizávamos aulas de capacitações internas entre os membros. E anualmente realizamos eventos como o Curso de Prevenção do Suicídio em Fortaleza, de 40h, o PRAVIDA Intinerante – palestras em cidades do interior, e a Semana de Prevenção do Suicídio, em setembro, culminando com a Caminhada PRAVIDA. O projeto não parava durante as férias, uma vez que envolvia atendimento a pacientes. Quando havia monitorias do curso durante horário de almoço, faltávamos às reuniões das ligas. E durante as férias, os dois projetos realizavam reuniões por um final de semana para um planejamento do semestre seguinte. (...) Sou coordenador de pesquisa. Fico responsável pela atuação em congresso e a produção de trabalhos científicos. (...) Nas duas ligas que participo, procuramos sempre manter contato com a população através de atividades de extensão, sempre abordando temas que sejam relevantes para a saúde de nosso povo. Fazemos extensões sobre diabetes, hipertensão, prevenção de quedas (no caso de idosos), prevenção dos cânceres de mama, pele e próstata. (...) Sou uma das coordenadoras da Liga de Geriatria, também sou responsável pela ata das reuniões que acontecem às terças-feiras, podendo acontecer às quintas extraordinariamente. Acabei de fazer um estudo sobre cuidadores de idosos, participando de uma capacitação para estes sobre emergências médicas com idosos (...). Encontros semanais, capacitações internas, projetos de extensão, projeto da Rádio Universitária (...). Toda terça-feira nos reunimos, apresentamos capacitações sobre algum tema da geriatria. A minha, por exemplo, foi sobre Hipertensão Arterial no idoso. Além disso, discutimos a parte burocrática da liga, todos os projetos,



extensões que planejamos. Atualmente estou no cargo de presidente, então, meu papel é organizar encaminhamentos, direcionar a discussão e cobrar a participação dos integrantes. (...). Semanalmente um integrante da liga fica responsável por ministrar uma capacitação de temas diversos. Realizamos extensões em ILPs ou em locais públicos, principalmente, em datas comemorativas como o dia do idoso. Atualmente sou a responsável pela pesquisa de neurogeriatria geriátrica junto ao médico/pesquisador da área.

A sexta pergunta pretendia avaliar a relação do estudante com o movimento estudantil. Sendo uma pergunta aberta, pretendia sondar o imaginário político mais geral do estudante. Acerca, por exemplo, da política universitária. Percebe-se além disso, a questão o nível representatividade do movimentação estudantil. Lembremos que os membros das ligas atuam no tripé ensino, pesquisa e extensão. Sendo difícil arriscar uma hipótese desnecessária, vemos aqui a possibilidade de uma falta de diálogo entre esferas e possibilidades estudantis. Temos a atuação das ligas em dias mundiais e meses coloridos atuando nas praças e locais públicos e privados e, ao mesmo tempo, cursinhos pré-vestibulares voltados a estudantes de escolas públicas. Os impasses sociais, culturais e políticos da questão nos parece envolver desde a dita “especialização precoce” a mentalidade política dos estudantes. A abordagem perguntava. *Participa de movimento estudantil? Por quê?*

Não. Nunca tive interesse, nem tempo. (...) Não. Falta de disponibilidade. (...) Não (...). Não. Incompatibilidade com a mentalidade política de tais movimentos e discordância com os meios mais radicais utilizados por estes para obterem seus objetivos (...) não. Não tenho interesse. (...) (...) Não, porque nunca tive interesse. (...) Não.

Situando a questão numa perspectiva que ultrapassa o meio universitário, e tenta dimensionar um perfil mais abrangente do posicionamento do ser humano em que se inscreve o estudante de medicina, abordamos o sétimo questionamento. Respostas lacônicas ao relato. Uma menção ao universo religioso é realizada, embora todos os estudantes, exceto um, se apresentasse como pertencente a um credo religioso. *Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?*

Também não. (...) Não. (...) Não (...) Não. (...) A Igreja Católica Apostólica Romana. (...) Não (...) Não.

Continuando a cruzar as informações, a especialização da medicina foi o tema nossa oitava incursão. *Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?*

Psiquiatria ou Geriatria – afinidades pessoais. (...) Não decidi ainda. (...) Ainda não escolhi a área que quero me especializar. Como ainda estou na metade do curso, ainda há muita coisa a ser vista e avaliada, sendo muito cedo para já ter determinado minha escolha. (...) Embora ainda ache cedo pra definir em que desejo ingressar, tenho maior curiosidade e identificação pelas áreas da Psiquiatria e da Geriatria. (...) não sei (...) Não tenho a área definida ainda. (...) Ainda não é possível saber em qual área irei me especializar, pois, provavelmente, vivenciaremos um pouco mais a realidade de cada área apenas no internato. Áreas de interesse no momento: geriatria, infectologia, medicina de emergência.

Na **nona** pergunta, nossa sugestão foi polarizar o questionamentos em termos de sim ou não, certo ou errado, positivo ou negativo em relação ao processo de ensino-aprendizagem. Recortamos aqui algumas das premissas e pressupostos acerca da educação médica, a qual será também solicitada uma definição, mais à frente nesse questionário.

Com isso, podemos ver também a relação entre a performance dos estudantes frente a perguntas abertas e fechadas e desenharmos alguma cartografia de seu imaginário. O tópico foi. *Os pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina.*

É muito difícil determinar pontos positivos e negativos de uma faculdade de medicina. Durante todo o curso, muito do que critiquei, depois vi que era necessário, e muito do que concordei, percebi que poderia ser diferente. É uma missão difícilíssima ensinar Medicina quando não se adquire ao longo do curso tanta formação em pedagogia. Pontos positivos são inúmeros, a experiência de competentes médicos que vamos assimilando, o contato constante com pacientes por haver bastante atividade prática, a tradição da faculdade. Diria que um ponto negativo é a falta de diálogo que predomina entre gestores do curso e muitos professores e alunos. Uma professora do 8º semestre disse reconhecer que os alunos de medicina são diferenciados por se preocuparem com o próprio ensino, dada a responsabilidade que terão em poucos anos, então ela concorda que o diálogo com o estudante deve ser priorizado. Mas o que vemos muitas vezes é aquela premissa de que os alunos só querem vantagem, logo não se deve dar muito crédito/espço a eles, e permanecer com o esquema de somente passar informação. (...) O ensino é extremamente puxado, denso e exige uma dedicação exclusiva. O que é positivo ou negativo dependerá da perspectiva, todavia acredito que o excesso em demasia seria um ponto negativo. (...) Positivos: Temos muito contato com os pacientes, com médicos experientes, que nos mostram como devemos abordar da melhor maneira nossos doentes. Negativos: É muita matéria para pouco tempo que nos sobra para estudar. (...) Os pontos positivos são a formação que ao final o saldo é extremamente positivo, pois somos capacitados por excelentes profissionais e temos durante o curso a vivência do que é o sistema público de saúde, ficamos no seio do sistema, o que nos prepara pra quaisquer urgência ou situação clínica que venhamos a encontrar. A parte negativa fica pela ainda reduzida prática médica, pela duração exacerbada de alguns módulos menos importantes que outros. (...) Sou muito feliz no meu curso, os pontos positivos são infinitamente maiores que os negativos. Positivos: a qualidade do ensino, as possibilidades que se abrem para os alunos. Negativos: Sobrecarga (...) Positivos: sistema de módulos é

muito bom, visando uma aprendizagem integrada. As aulas práticas são essenciais também, termos um hospital ajuda muito. Negativos: carga horária excessiva. (...) Positivos: contato com pacientes desde os semestres iniciais; discussão de casos clínicos com os médicos. Negativos: em alguns módulos, aulas teóricas em excesso e de má qualidade.

A **décima** interrogação versou sobre as ligas. Uma das perguntas-chave da pesquisa. Por isso, a diluímos no seio e no meio do questionário. Balizando e segmentando nossa investigação frente a todas as outras questões correlatas que envolvem a questão. *Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?*

Participar de grupos é essencial para crescer e se aperfeiçoar como pessoa. Além disso, tínhamos espaço para aprender questões científicas com quem tinha afinidade por determinados assuntos. Também as ligas constituem acesso a professores e possibilidade de fazer trabalhos para congresso e publicar artigos. Também é nelas que tínhamos possibilidade de experienciar o atendimento nas áreas que tínhamos afinidade com antecedência aos demais colegas. (...) Formação humana, médica e curricular são o que mais é relevante. (...) Através das ligas nós podemos ter um contato maior com aquelas áreas que nos interessam mais, tendo um conhecimento mais aprofundado em relação ao que vemos na graduação. (...) Dão aos alunos a chance de um aprofundamento em uma área com a qual estes se identifiquem, e assim, podem ter uma maior certeza da sua especialização após a graduação. Além disso, dão aos alunos a possibilidade de contato mais próximo com o tripé que “move” a faculdade – ENSINO+PESQUISA+EXTENSÃO. (...) Interação e troca de experiências entre alunos de cursos e semestres diferentes, o aprendizado em si, o desenvolvimento de trabalhos, as bolsas. (...) Muito relevante, pois aprendi a trabalhar em grupo, nas suas dificuldades e benefícios. Além disso, pudemos ver a medicina de diferentes formas, além de usar nosso conhecimento em prol da comunidade nas extensões. Juntos conseguimos realizar muitos trabalhos, participar de congressos, o que importa muito para o curriculum. (...) Permite adquirir conhecimento de alguns temas que não são abordados de forma eficaz durante a faculdade, maior integração com a comunidade durante as extensões.

Ao lado de uma postura “mais racional e ética”, a dimensão da crença, sondei a perspectiva emocional, a dimensão do desejo. Por essa razão, na **décima primeira pergunta**, ponderei: *Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.*

No caso do Pravida, eram os atendimentos e a caminhada pravida. Quanto à liga de geriatria, era a rádio universitária. (...) Pesquisa. Tenho aptidão pela produção científica. (...) Extensão, pois através dela podemos passar mais informações à população e ter um contato mais direto com as pessoas. (...) Liga de Medicina clínica, Liga de Geriatria e Liga do coração. Maior identificação pessoal e porque são as ligas que têm maior poder de investigação de variadas áreas médicas, estuda o processo de envelhecimento, além de colaborar para o seu melhor caminhar, e estuda um órgão nobre, respectivamente. (...) Capacitações semanais internas. Aulas de conteúdo excelente ministradas pelos próprios membros. (...) Extensão, pois

gosto do contato com a comunidade. (...) Extensão, pois este é o momento onde podemos passar o nosso conhecimento para a população.

Tentando perceber e cruzar as questões acerca da especialização do saber médico com inter e a transdisciplinaridade, perguntamos na **décima segunda** incursão. *Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?*

Semiologia é a principal, pois é a arte de conseguir o maior número de informações, elaborar um raciocínio diagnóstico e decidir qual exame será preciso pedir apenas com entrevista e exame físico. Outra essencial é emergência, pois conforme a organização de saúde no Brasil, acaba que são as emergências que são carentes e estão de portas abertas para receber os recém formados. E também a habilidade de comunicação, assunto urgente dentro das escolas médicas. Semiologia se destaca por ter um semestre inteiro dedicado ao assunto, porém os dois últimos assuntos só recebem atenção durante os últimos dois meses da fase clínica, pré-internato. (...) A- Fisiologia e Farmacologia; B- Anatomia, fisiologia e farmacologia; C- Farmacologia (...) Aprecio muito as disciplinas que abordam a clínica, pois é com isso que vamos nos deparar no cotidiano dos postos de saúde. Acho que elas são muito importantes para nos formar como bons generalistas. O mais desafiante para mim são as disciplinas cirúrgicas, pois requerem muito conhecimento anatômico e habilidade do aluno. (...) Cardiologia (clínica e cirurgia), Psiquiatria, Geriatria. Cardiologia, Psiquiatria, Nefrologia, Endocrinologia e Geriatria. Cardiologia e endocrinologia. (...) não sei ainda, pois sou do 1 semestre (...) Até agora a que mais apreciei foi Nefrologia. A mais importante considero as básicas, como anatomia, histologia, patologia. A mais desafiante foi Nefrologia e Ginecologia. (...) A disciplina de semiologia pode ser considerada a mais importante da faculdade, pois é a base de todas as outras<sup>219</sup>. As disciplinas que mais me entusiasmaram foram as de Doenças Infeciosas, Nefrologia e Urologia.

Insistindo no ponto, voltamos a ele, na pergunta seguinte, sob outro ponto de vista. Se a primeira pergunta desse questionário sondou de forma mais ampla a questão do Projeto Político Pedagógico, desta feita, um desdobramento desse projeto, a grade curricular, é acionada. Presos a perspectiva formal, nenhuma das respostas menciona as relações entre a cultura, o currículo e a sociedade. Nesse sentido, a **décima terceira** perguntou. *Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?*

A crítica a fazer é o pouco tempo dedicado a urgências e habilidade de comunicação, além do exagero de tempo dedicado à saúde coletiva, de uma maneira que não acrescenta. Tem semanas que um professor de oncologia recebe a difícil tarefa de ensinar TUDO sobre câncer de mama, ovário e endométrio em duas horas, após essa aula terá mais duas horas para outro professor falar sobre linfomas e leucemias. Enquanto após o almoço, temos 04 horas de aula em saúde coletiva sobre acupuntura. Ou quando temos uma única manhã dedicada ao ensino de todos os tipos de demências, e uma tarde

---

<sup>219</sup> Para Pedro Nava é a Anatomia, a disciplina que ocupa a função de base de todas as demais.

dedicada a fazer gincana em uma horta procurando plantas medicinais. Não é questão de eliminar esses temas, mas otimizar a carga horária. (...) Extremamente densa. (...) Considero que a grade é bem distribuída e que os conteúdos de maior importância para a formação médica são contemplados. (...) Uma grade que busca dar muita assistência para a Atenção Básica de Saúde, mas que ainda requer um olhar mais cuidadoso para não deixar algumas áreas subaproveitadas, como vemos um módulo de Atenção Básica à Saúde 1, que contempla a parte filosófica do processo saúde-doença e todo o funcionamento do posto de saúde durando mais de 5 meses, e já na mesma grade curricular vemos um módulo como o de cardiologia, imprescindível para quaisquer tipo de atendimento médico desde a Unidade Básica de Saúde até hospitais terciários, ter uma duração e práticas de no máximo 2 meses de duração. (...) ótima (...) Acho que tem uma estrutura boa, o aprendizado fica mais fácil. (...) A grade curricular tenta abordar os principais temas em Medicina, porém, alguns temas tornam-se repetitivos no decorrer do curso.

Registrada em campo a atuação, a tematização e a organização das Ligas Acadêmicas numa abrangência nacional, estadual e municipal, tentamos perceber a ligação local delas entre si e com esse universo maior. Assim veríamos a ligação e a forma de contato interinstitucional entre as faculdades de medicina do estado do Ceará e para percebermos a relação dos estudantes com os outros cursos e o diálogo interinstitucional entre eles, perguntamos num **décimo quarto momento**. *Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?*

Algumas faculdades tem o ensino completamente desenvolvido com base em casos clínicos, toda a grade curricular é debatida pelos alunos, sob supervisão, à luz de casos do dia a dia. Parece ser interessante, mas um equilíbrio é necessário. No final das contas, o maior aprendizado do aluno ocorre quando ele está diante do paciente e toma a responsabilidade sobre a vida dele, e o melhor espaço para isso é no internato. (...) Não, não existe um diálogo a respeito dela com a comunidade acadêmica. (...) Não conheço. (...) Não. (...) Não (...). Não (...). Não (...). Não.

Depois de fundamentarmos historicamente as reformas curriculares dos cursos de medicina e sabermos que os cursos de medicina passam por uma reforma curricular a ser implementada até o ano de 2018, acionamos os estudantes a mencionar o fato na **décima quinta questão**. Lhes foi solicitado que: *Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?*

Não conheço detalhes. (...) resposta marcada com um xis “x” (...) Não me aprofundi ainda sobre esse tema, e por isso, não tenho recursos para responder a essa pergunta. (...) Uma reforma que busca corretamente uma maior notoriedade para a assistência básica de saúde, mas que está fazendo isso em detrimento de áreas de suma importância para a formação médica. Afinal, o que é uma medicina filosófica sem o conhecimento fisiológico? É uma pessoa com uma caneta sem saber escrever. (...) Se for diminuir muito o número de aulas, tirando principalmente momentos de aprendizagem de assuntos essenciais, como anatomia, não acho válido. (...) Não conheço a reforma. (...) Não tenho muito conhecimento acerca da

proposta. A universidade deveria abrir um espaço para diálogo e expor as propostas.

Daqui em diante abrimos as questões para avaliarmos o imaginário dos estudantes e tentar escapar um pouco de respostas mais padronizadas. Nossa **décima sexta pergunta** foi: *Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?*

Papel de trabalhar em prol da melhora da qualidade de vida em seus diversos aspectos, tanto lidando com tratamento de doenças, como prevenção, educação em saúde, pesquisa, condições psicológico-psiquiátricas, bem estar social, entre outros. Tudo o que interfere em qualidade de vida é alvo de interesse do médico, daí sua importância para a sociedade. (...) Fundamental importância, um profissional que essencial para o equilíbrio da sociedade. (...)O médico, sem dúvidas, é um profissional de bastante influência na sociedade, sendo, também, alvo de muitas críticas, devendo por isso buscar sempre fazer seu trabalho de forma honesta e digna, buscando sempre atender da melhor forma possível seus doentes e a medicina é o meio pelo qual o médico pode agir na vida dos que precisam, sendo importante sempre estar atualizado sobre os avanços que vem ocorrendo para dispor das melhores alternativas de tratamento e diagnóstico. (...) Como figura emblemática na sociedade, o médico é formador de opinião, um ser influente. Por isso, este deve buscar fazer o seu trabalho, buscar o máximo de melhorias para que possa desempenhar bem sua vocação e, principalmente, buscar o melhor para o paciente, nosso foco do primeiro ao último minuto. Já a Medicina é uma ferramenta de melhora da vida, de restabelecimento da saúde que deve ser utilizada com honra, um instrumento que todos devem ter acesso, mais que uma serva das pessoas, uma amiga de todas. (...) importante (...). O papel do médico é de alta importância, tendo em vista que todas as classes sociais necessitam de cuidados para a saúde em algum momento da vida. (...) Proporcionar, promover e restaurar a saúde.

No **décimo sétimo momento** que solicitamos como os estudantes veem a si mesmos. *Como você definiria "Estudante de Medicina?"* foi o mote.

Da mesma maneira que o estudante de Psicologia ou Jornalismo, é a pessoa que está se formando para ser médico. (...) Apaixonado pelo que faz. (...) É alguém que busca ajudar ao próximo e que está disposto a lutar pela vida de seus pacientes, nunca perdendo a esperança de prover a cura e o bem estar de seus doentes. (...) Alguém que escolheu seguir a vocação da "arte de salvar vidas" e que sabe o quanto árdua será a sua caminhada para tornar-se tão plenamente o que deseja, pois assim como trabalhará diante do início da vida, da cura, do bom restabelecimento da saúde das pessoas, será ele, muitas vezes, a última imagem vista por alguém, verá a tristeza, verá a perda. (...) pessoa comprometida com os estudos e interessada em ajudar o próximo (...). Perseverante, esforçado (...). Estudante de um curso em que é necessário muita responsabilidade, pois, ao fim do curso, seremos responsáveis por promover ou manter a saúde de uma pessoa.

E o curso que fazem? Na **décima oitava** foi esta a questão. Uma interessante forma de comparar a visão dos estudantes com os preceitos institucionais

elencados na “missão do curso de medicina”. *Como você definiria o "Curso de Medicina"?*

É o espaço destinado a oferecer recursos pessoais, científicos e psicológicos a fim de capacitar estudantes a serem os médicos que a população brasileira precisa. (...) Sonho de muitos, realidade de poucos, desafio de todos. (...) Um curso concorrido, que tem muito status mas que muitos não entendem o real significado. (...) Status pra milhões, objetivo de milhares, sonho de vários, desafio pra poucos. (...) Melhor curso do mundo (...). Um desafio diário. (...) Curso intenso, em período integral, que visa proporcionar ao futuro médico, a capacidade de investigar e tratar diversas doenças.

A educação médica, um dos conceitos principais desse trabalho, foi a tônica da **décima nona questão**. *Como você definiria "Educação Médica"?*

Árdua missão de formar médicos com visão ampla de cuidado integral à saúde, em um sistema que não favorece nem permite tempo para dedicar-se a tal arte além da prescrição de medicamentos. (...) Algo que precisa ser melhorado (...) É a ação de preparar seres humanos para lidar diretamente com a vida de outras pessoas, sendo necessária dedicação para educar de maneira eficiente e correta os novos profissionais. (...) Uma responsabilidade muito grande, pois é ter de saber preparar alguém pra lidar com a vida de outras pessoas, é assumir a formação de profissionais que estarão sempre andando na linha tênue entre o mar de rosas e o abismo. (...) reflexo das universidades (...) Área encantadora, com suas dificuldades e sua racionalidade. (...) Capacitar os profissionais de saúde e proporcionar meios pelos quais eles irão atuar para melhorar a saúde, reverter epidemias, etc.

As ligas acadêmicas de medicina, o outro conceito que balizou as investigações e já pontuado a partir de diferentes aspectos noutra perguntas distribuídas ao longo desse questionário, foi o alvo temático da nossa **vigésima interrogação**. *Como você definiria "Ligas Acadêmicas de Medicina"?*

Instrumento encontrado dentro da faculdade de medicina para formar grupos de estudos, pesquisa e/ou extensão, nas áreas com as quais se têm afinidade. (...) Um bom exemplo de autonomia (...) São grupos de estudantes que se reúnem para se aprofundar sobre determinados temas da medicina, aplicando esses conhecimentos em nível de ensino, pesquisa e extensão. (...) Grupos de estudo que junto da graduação já põem os graduandos de frente com a realidade do que é viver a Medicina. (...) Integração entre alunos que é edificante e com papel social (...). Projetos que unem estudantes com objetivos semelhantes em prol do crescimento de todos. (...) Entidade formada por estudantes em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da medicina.

Na **vigésima primeira questão**, uma pergunta mais geral. A ideia é cruzar as impressões dos alunos, do momento de formação ao mundo profissional. *Como você definiria "Medicina"?*



Ciência do bem estar humano. (...) Ciência (...) A medicina é uma das muitas áreas do conhecimento ligada à manutenção e restauração da saúde. Trabalhando, num sentido amplo, com a prevenção e cura das doenças humanas. (...) Uma ciência, um modo de vida, um sonho, um amor. (...) melhor área de trabalho e mais linda (...) Curso que estuda afundo o ser humano (...) Área responsável pela prevenção e cura de diversas doenças; possibilita proporcionar bem estar físico, mental, psicológico e social para as pessoas.

Continuando a tentar perceber as premissas que norteiam a formação do estudante de medicina e o seu ingresso no mundo profissional, perguntamos na **vigésima segunda questão**. *Como você definiria "Médico"?*

Profissional que almeja ver seus pacientes com qualidade de vida. E para isso, trata doenças, identifica fatores de desestabilização daquele cliente, interfere nos fatores de risco, indica cuidados e prevenções. Dentro desse contexto amplo, me ofende o uso pejorativo da palavra “medicalizar”, reduzindo apenas à prescrição de medicamentos o nosso trabalho. Porém, é um desafio ser um profissional completo dessa maneira, uma vez que para atuar em tão variada vertente, é preciso dominar vasto conteúdo científico com propriedade, não se pode basear em achismos. Muitas decisões médicas decorrem do uso do bom senso, uma vez que ainda há muito conteúdo por se descobrir. Se já é um desafio definir condutas em ocasiões onde a ciência ainda não adentrou, imagine se não dominarmos o conhecimento que já está disponível, para nos dar uma sustentação... A formação do médico nunca acaba, porém, a maneira como o serviço de saúde se organiza não ajuda. Pois as emergências lotadas são a principal ligação dos sistemas de saúde e a população, e este espaço de atuação rápida permite não muito além da prescrição de medicamentos. (...) Cientista que cuida de pessoas (...) O médico é o profissional treinado para exercer a medicina, se ocupando da saúde humana prevenindo, diagnosticando, tratando e curando as doenças, o que requer conhecimento detalhado de disciplinas acadêmicas (como anatomia e fisiologia) por detrás das doenças e do tratamento - a ciência da medicina - e na sua prática aplicada. (...) Médico é alguém que tem a vocação de cuidar do outro e que a aceita e a exercita valorosamente todos os dias. É um sinônimo de esperança para muitos enfermos. É o ético, aquele que se vê, diariamente, diante da batalha da vida contra a morte e que sabe que tem de agir, mas que a linha que separa vida de morte é tão tênue que precisa vencer quaisquer medos, sentir-se seguro e buscar acertar, pois ele sabe que aquela vida não sofre sozinha. O principal a sabermos é que essa definição de “médico” cabe aos realmente médicos, excluindo-se disso aqueles que não o são, apenas formaram-se em um curso de Medicina. (...) pessoa que estudou muito para tratar pessoas (...) Profissional capaz de utilizar o que aprendeu em prol da saúde do seu paciente. Racional e humano ao mesmo tempo (...) Pessoa responsável por procurar as causas das doenças , procurando sua cura e/ou sua prevenção. Responsável pela promoção de saúde à população.

Dada a ênfase apontada a questão das relações entre a medicina, a tecnologia e a saúde, encerramos o questionário com a **vigésima terceira questão**. *Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?*

Como coloquei, a Medicina é área em constante evolução, acompanhar tudo é tarefa árdua, então toda tecnologia que venha a auxiliar nessa missão é bem vinda, desde que os gastos sejam coordenados de maneira a beneficiar a população. (...) Moldará o futuro médico (...). A tecnologia tem papel essencial tanto na formação do médico, através de instrumentos que facilitem o aprendizado, quanto no dia a dia do profissional formado, por meio de aparelhos mais modernos e eficientes, de medicamentos mais eficazes. (...) A tecnologia no “mundo médico” tem o papel de ajudar no trabalho do profissional, podendo ser um instrumento de auxílio no aprendizado incessante do médico ou, principalmente, um instrumento para auxiliar no tratamento e na recuperação do paciente, foco principal de todo o trabalho médico. (...) fundamental (...) Acredito que usada da forma correta, só tem a acrescentar. (...). A tecnologia, se usada de forma prudente e adequada, torna-se um aliado ao ensino médico, além de poder melhorar a relação médico-paciente

Nesse gancho com a questão tecnológica abordaremos no tópico a seguir a questão da memória e do Alzheimer. Um gancho aqui rápido, mas que representou na prática a passagem de um tema de pesquisa e de mudança de núcleo numa pós-graduação. Foi a partir daqui que toda essa planta baixa da pesquisa foi gerenciada. Numa pesquisa em que as discontinuidades cumprem o seu papel como uma das principais características metodológicas de análise histórica, não poderíamos deixar de registrar a história da própria pesquisa.

O exercício dessa pesquisa e a construção permanente de seu objeto de pesquisa ao longo do percurso teórico e prático no campo de investigação é assim, entrelaçado, amalgamado ao ato de ir definindo e compondo outros cenários à medida em que os cenários e perspectivas anteriores vão se deslocando em paralelo, se bifurcando e, às vezes, voltando a se tocar nalguns momentos. Como esse.

Além disso cabe ainda ressaltar um aspecto importante. Os professores e os alunos de Medicina estão sempre ligados nas últimas novidades e descobertas científicas. Uma assimilação crítica e humanizada é ensaiada e exercitada; mas, ainda assim, a recepção pirotécnica, acrítica e perplexa da neurociência, da engenharia genética e da biologia molecular são visíveis e ostensivas. Por essas razões elencadas, vamos ao tópico.

### **3.10 A questão da memória no saber e na prática gerontológica: o dispositivo Alzheimer**

Acompanhamos uma aula da disciplina de Práticas Clínicas na Geriatria com alunos do 7 semestre do curso de Medicina da UFC. Um módulo sobre o tema Alzheimer é apresentado e discutido. O Mote da aula, ocorrida em 21 de Maio de 2015 foi a Ectasia Ventricular e as Ressonâncias Magnéticas. Aulas teóricas e práticas. As

turmas são divididas na disciplina. O ementário da disciplina de Geriatria pertinente à grade curricular do Curso de Medicina elege como tema gerais a serem ministrados no curso<sup>220</sup>.

**S7M4- GERIATRIA** Conceitos e aspectos epidemiológicos do envelhecimento. Teorias sobre o processo de envelhecimento e alterações fisiológicas. Características do processo saúde-doença nas pessoas idosas. Princípios da prática geriátrica. Aspectos farmacológicos e psicológicos. Interações medicamentosas e risco de iatrogenia. Interpretação de exames complementares. Grandes síndromes geriátricas: distúrbios mentais (depressão - demência – delirium); incontinências (urinária e fecal); quedas. Reabilitação geriátrica. Promoção da Saúde: exercícios na terceira idade; dieta saudável; avaliação periódica de saúde das pessoas idosas. Inserção do idoso na sociedade e em diversos tipos de organizações sociais. O impacto do envelhecimento e a perspectiva da morte. Relação médico-paciente-cuidador. Aspectos éticos em geriatria.

É sobre um dos momentos desse ementário que nos reportaremos a seguir. Apresentamos o tópico em forma de discurso indireto livre para ilustrarmos o exemplo dessa dinâmica.

Começa a aula. Uma neuroimagem é apresentada tendo como pano de fundo a Ectasia Ventricular e as ressonâncias magnéticas<sup>221</sup>. Três estágios evolutivos da involução. O primeiro convite ao aluno para ler uma neuroimagem é feito. Aluna para João: “Está piorando pra cá ou pra lá”

Num Exemplo de estratégia de ensino-aprendizagem foi abordada uma imagem em escalonada a questão. Haveria muito, pouca ou nenhuma atrofia cortical naquele caso clínico abordado?

Pergunta João para a sala “Qual a importância da atrofia cortical?” e vai conduzindo a amarração das hipóteses: sabemos que há um componente de perda neuronal tal qual vimos no Sistema de classificação Fazekas 1/2/3.

João: “Qual é o significado e a importância disso? É necessário perceber a probabilidade e a incidência de um paciente manifestar demência”. A presença do

---

<sup>220</sup> Ver no Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UFC a parte relativa ao Ementário dos Módulos das Disciplinas.

<sup>221</sup> A literatura científica pondera que a dilatação do sistema ventricular cerebral pode ser identificada através de métodos de neuroimagem estrutural -Tomografia Computorizada (TC) ou de Ressonância Magnética Nuclear (RMN). Como veremos a seguir, a ressonância é vista como mais eficiente no caso em questão.

raciocínio probabilístico e da evidência se apresenta, em que a presença do par ver/prever emerge<sup>222</sup>.

---

<sup>222</sup> Muito embora a formação de pós-graduação do professor tenha sido realizada na Inglaterra, percebemos aqui outras ligações e filiações europeias. Ver os três estudos de Georges Canguilhem sobre Augusto Comte. O primeiro se chama “A Filosofia Biológica de Augusto Comte e sua influência na França no século XIX”. O segundo trabalho é intitulado: “A Escola de Montpellier julgada por Augusto Comte”. O terceiro trabalho versa sobre a “História das religiões e história das ciências na teoria do fetichismo em Augusto Comte”. Todos os três estudos estão em CANGUILHEM, Georges. **Estudos de História e de Filosofia das Ciências:** concernentes aos vivos e à vida. Sobre a atualização do debate através do conceito de normatividade vital, ver CZERESNIA, Dina. **Categoria Vida:** reflexões para uma nova biologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Outra atualização biopolítica do tema, pode ser visitada no texto “Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância” In: SAFATLE, Vladimir. **O Circuito dos Afetos:** corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Cosac Naify, 2015. pp 409-454. Duas observações de Pedro Nava fecham essa nota de rodapé. A primeira delas escrita no seu Beira-Mar. “Quando me sondo bem – sinto-me vitalista e mais discípulo de Montpellier do que da Escola Paris. Devo isto a leitura dos velhos livros de meu pai- assinados por Bordieu, Barthez e pelos Chauffard.. Num destes li e fui fulgurado pela verdade de que a vida antecede à organização (o espermatozoide e o óvulo são vitais sem serem vida enquanto o OVO que deles resulta é vida) e é esse farrapo vitalista que me prende mais fortemente que uma corrente de ferro a uns molambos de crença informe que conservo e de que não consegui me libertar. Vi com Lisboa que vida e a morte são amálgama inseparável, condição uma da outra e que não podem existir isoladamente” (NAVA: 1979; 245). Ver NAVA, Pedro. **Beira-Mar.** Rio de Janeiro: José Olympio:1979. A outra observação de Nava está no seu texto “Medicina e Humanismo”. Ele a faz no contexto das disputas entre as disputas de influências e reviravoltas ocorridas entre a cultura portuguesa, francesa e germânica na cultura medicina brasileira. Entre a influência reinol e de ascendência civilizadora portuguesa que nos chegou por diversos caminhos e a “detestável voga de germanismo que começa a se infiltrar na nossa medicina, como um denso e pesado vapor, aí pelo fim do Segundo Reinado e pelo princípio do Regime Republicano e que chega ao apogeu com o estatuto de caráter tedesco, sectário e positivista que foi a reforma de 1911”. Diz Nava, sobre a influência francesa no imaginário cultural médico nacional e que, segundo ele, propiciou o momento mais feliz na história da evolução médica brasileira. Um dos principais motes da passagem é o ensino nas cátedras básicas e a formação do médico na Faculdade de Medicina da Corte tendo como perspectiva as gerações, os efeitos e os desdobramentos futuros. “Como sempre sucede à nossa Arte, no seu paralelismo necessário aos grandes surtos de humanismo, a medicina da mais ilustre nação latina transportou-se então a alturas que a qualquer povo jamais pôde superar, porque nenhum outro foi venturoso bastante para gerar na mesma centúria um anatomista como Bichat, um fisiologista como Claude Bernard, um patologista como o segundo Chauffard, um etiologista como Pasteur, nem cirurgiões como Dupuytren e Larrey e, muito menos, internistas como Laennec, Rostan, e Louis, como Grisolle, Bretonneau e Jaccoud, como Trousseau, Potain e Dieulafoy. Em nosso país, ganhou terreno e avultou a influência científica da França, tanto pela própria capacidade de sua força irradiante, como por intermédio dos brasileiros que reatravessavam o Atlântico, trazendo daquele lúzeiro a palavra de Montpellier e a palavra de Paris. Desses patrícios, vários tiveram assento, desde a primeira hora, na Faculdade de Medicina da Corte e, por uma coincidência feliz, justamente naquelas cátedras básicas, de cujo aprendizado depende tanto a formação filosófica do médico e que constituem o molde onde se lhe configuram a posição dogmática, o processo especulativo e a orientação prática do exercício. É o caso de Paula Cândido, na cadeira de Física; do primeiro Torres Homem, na de Química Mineral; de Freire Allemão, na de Botânica; do Iguarassu, na de Fisiologia; de João José de Carvalho, na de Matéria Médica, a cujos ensinamentos devemos, provavelmente, a estrutura essencialmente francesa e inequivocamente mediterrânea das gerações que vieram a ser depois o momento mais feliz na história de nossa evolução médica” (NAVA, 2004:64). Ver NAVA, Pedro. **A Medicina de Os Lusíadas.** São Paulo: Ateliê Editorial, 2004.

Ainda sobre Montpellier, ver o texto “ Montpellier e a medicina na Europa” no instigante livro de Jack Goddy. **Renascimentos: um ou muitos?** São Paulo: Unesp, 2011. Numa passagem, o antropólogo faz a severa e pertinente observação “ Em nenhum outro campo a negligência com a contribuição árabe é tão clara como na história da Medicina” ( GOODY: 2011, 54 ). Ainda uma aproximação histórica dos desdobramentos do período relatado por Nava com o Estado do Ceará. Ver BRAGA, Renato. **História da**

Elementos que possam colaborar e construir uma linha de investigação diagnóstica é traçada. É útil, por exemplo, para definir o tipo de demência a exuberância substância branca, a percepção do hipocampo, a alteração da substância branca. Nesse caso a ressonância é melhor do que a tomografia<sup>223</sup>.

A ataxia é mencionada. Em seguida, uma ponderação humanística na relação médico-paciente e altas tecnologias<sup>224</sup> é feita. Diz João Macedo aos alunos: “Ninguém vê apenas neuroimagem. A gente vê o paciente primeiro, Né?”.

---

**Comissão Científica de Exploração.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004. A obra versa sobre a Comissão Científica de Exploração gerada dentro do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro com o beneplácito do imperador D. Pedro II. Segundo Vessillo Monte, prefaciador da obra, a comissão tinha “por objeto estudar a fauna e a flora, os remanescentes indígenas em seu habitat, mas principalmente as possíveis riquezas minerais jazentes no subsolo das então inexploradas províncias do norte do Império do Brasil”. A ligação desse tema com a passagem de Pedro Nava se dá pelo seguinte motivo: no processo de constituição dos saberes e poderes médicos e sua capilarização no imaginário estatal e social brasileiro se cruzam com alguns dos temas científicos da incipiente e cambaleante ciência brasileira. É por essa razão que na passagem do Segundo Reinado para a República ‘podemos ver campos científicos, culturais se formando. De um lado, a busca das riquezas naturais na fauna e na flora; de outro, a própria nomenclatura de algumas disciplinas da Faculdade de Medicina da Corte nos indica a possibilidade desses atravessamentos ou, no mínimo, de correspondências difusas. É o caso das disciplinas de Física, de Química Mineral e de Botânica distribuídas naquela grade curricular. Sobre uma situação mais recente, ver: DUARTE, Regina Horta. **A Biologia Militante: o Museu Nacional, especialização científica, divulgação do conhecimento e práticas políticas no Brasil (1926-1945)**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

<sup>223</sup> Minha questão: Há algum tipo de exame imagético que não se pode fazer em pacientes com ALZHEIMER?” Ele disse não. Mas não me convenceu. Sobre a questão da visualização do corpo na medicina Ver uma das mais interessantes e articuladas problematizações antropológicas acerca no mundo neurocientífico e genético-digital DUMIT, Joseph. **Picturing Personhooh: Brain Scans and Biomedical Identity**. New Jersey: Princeton University Press, 2004. Nessa linha de abordagem ver ainda. FISCHER, Michael. **Futuros Antropológicos: redefinindo a cultura na era tecnológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. COURTINE, Jean Jacques **Decifrar o corpo: pensar com Foucault**. Petrópolis: Vozes, 2013. Courtine, dentre outros temas ressalta o processo de marginalização dos conhecimentos tradicionais inscritos na relação histórica entre a Fisiognomia, a Astrologia e a Medicina que acabam emergindo difusamente no campo da semiologia médica. Esse conjunto de hesitações, instabilidades, heterogeneidades, configurações se conflitam nos discursos e método de análise e decifração do corpo humano operados desde a Idade Clássica e irradiam questões que vão desde uma visão astrobiológica do mundo à discussão inscrita na conversão do visível em enunciável, dentre as inúmeras maneiras de ver e dizer o corpo, a que alguns denominam “Imagem do Corpo”. Finalmente, para sintetizar e amarrar essas discussões. Ver ORTEGA, Francisco. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. Do ponto de vista estritamente neurobiológico, ver artigos que versam sobre as neuroimagens no Alzheimer In CAIXETA, Leonardo (org). **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Uma correlação com as neuroimagens e o autismo pode ser visitada em TUCHMAN,R. RAPIN,I. (org). **Autismo: abordagem neurobiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Uma abordagem mais ampliada das relações entre as imagens, o corpo, a ciência, a cultura e a sociedade pode ser vista IN. FLUSSER, Vilém. **O universo das imagens técnicas**. São Paulo: Annablume, 2008. Ou ainda em PARENTE, André.(org) **Imagem-máquina: a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro: ED.34, 2004.

<sup>224</sup> Ver relação entre saúde pública, a alta tecnologia médica e as doenças negligenciadas. Ver os boletins da secretaria de saúde do Ceará. O último relacionado ao Sarampo foi de 17 de abril de 2015. Informam sobre perfil epidemiológico da dengue, Aids, raiva, mortalidade infantil, hanseníase, rubéola, paralisia flácida aguda 9 PFA), leishmaniose, tuberculose, leishmaniose visceral, leishmaniose mucocutânea, meningites, mortalidade materna, Influenza, sífilis congênitas, doenças crônicas não-transmissíveis, leishmaniose visceral, acidentes de trânsito, mesial temporal atrophy. É necessário contextualizar o avanço tecnológico e a produção de

Citando uma tese de doutorado em Física é dito que no caso em perspectiva não há obstrução ou vácuo. O desenho do diagnóstico volta a ser tentado. Insistindo nesse ponto, pergunta o professor : Quais são as leis da física e das forças que explicam essa ectasia?. É sugerido a ideia de que os alunos podem encontrar na literatura essa expressão mais recente”.

Nesse roteiro das cenas pedagógicas, alunos participam e também questionam o professor. Pergunta uma aluna: “alguma coisa venosa?”, ao que é respondido pelo professor João Macedo : “Mas o venoso não paralisa o membro, não é?

Intercalando essa observação é lembrado aos estudantes o cuidado com relatórios individuais e o velhismo<sup>225</sup>. Expondo uma linha de argumentação “Situações – problema” O professor diz que: “se deve entender porque o sapato é importante. “Quem me vê, jamais esquece”. Ele borda exemplos em que o erro diagnóstico pode atrapalhar uma intervenção cirúrgica e assim (não) colaborar para a recuperação de um paciente. Casos são elencados: progressão déficit cognitivo com intervenção da neurocirurgia, a hidrocefalia pressão normal, a importância das imagens é mencionada como aliada dos procedimento neurocirúrgico: o Raio-X e mesmo substâncias como os opióides constipantes.

Questões colaterais são mencionadas. João lembra algumas características do parkinsonismo, a bradiciedade, tremores, rigidez; pacientes acinéticos e sem tremores são lembrados. Alguns diagnósticos são mais difíceis de serem detectados, a singularidade social, cultural, política, econômica e biológica podem enganar ou distrair a precisão clínica.

Numa observação “psicomotora, é questionado à turma de estudantes: qual a diferença de tremor entre o FLAP<sup>226</sup> e o tremor do Parkinson? O estatuto fisiopatológico grassa na discussão. Qual a característica do tremor no Parkinson? Em repouso, sem tónus.

---

conhecimento científico e a sua transmissão. Por exemplo, o fato das doenças negligenciáveis ou as epidemias de doenças que retornam após terem sido “eliminadas” como o sarampo e a tuberculose coloca em perspectiva o laureado conceito de erradicação. Trata-se de uma abordagem evolucionista, linear e progressista acreditar nessa constante superação?. A crítica ao evolucionismo, do ponto de vista social e cultural, enfrenta problemas similares e toda variedade de críticas à antropologia cultural mostram a complexidade do tema, em sua perspectiva e abordagem.

<sup>225</sup> Ver MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

<sup>226</sup> Ver autismo.



Na perseveração em Alzheimer a família solicita medicação para diminuir a perambulação<sup>227</sup> do paciente. A lógica binária invertida é acionada. Se usou rispiridona para diminuir, ele vai melhorar. Na relação entre o medicamento e o parkinsonismo. Pode haver ou não uma predisposição independente ou dependente do medicamento. A singularidade individual vem à baila, novamente, e é registrado o fato de um casal pode ser acometido por Parkinsonismo por diferente motivos.

Em seguida, o professor mostra algumas imagens de pacientes clinicados. “Ele é sabido”. O paciente tenta esconder sintomas e tremores de Parkinson. É realizado um cruzamento entre Parkinson, Alzheimer e déficits cognitivos<sup>228</sup>.

Família e contexto socioeconômico é mapeada e tematizada: “como é que seria se eles (o casal) não tivesse filhos? Agora, quando tem dinheiro aparece um monte de gente pra cuidar”. Imagens postas. Algo memorável é dito. “Aproveitem que vocês podem estar vendo uma peça histórica. Por quê? Porque tão criando e fazendo uma vacina para herpes<sup>229</sup>”.

Idosos com confusão mental aguda. Mais exemplos de pergunta e resposta. João mostra uma imagem e cita características para os alunos chegarem ao diagnóstico. Erisipela, o pessoal tá com a perna quente.

Como se tudo girasse em torno da precisão do diagnóstico. A penicilina profilática é mencionada. Entre uma e outra tentativa estudantil, o professor exercita um interessante pressuposto ontológico, epistemológico e filosófico. É dito aos alunos enquanto eles tentam desvendar o caso clínico ali apresentado. “Não pense coisa difícil não. Uma coisa simples”

João aborda a mudança de cultura inscrita no hábito de beber água. Compara a geração dele com a atual e diz que a situação melhorou muito, já que moramos num clima quente. Um tom leve e suave mantém seu clima em sala de aula. “Por que será que eu gosto de coisa velha NÉ? Seria algo no meu cérebro? Brinca João. Acionando, em seguida uma antropologia da dor, é questionado: “Como você avaliaria a dor<sup>230</sup> num paciente com Alzheimer? Pela inquietação, a perna esquerda<sup>231</sup>?”.

---

<sup>227</sup> Ver sonâmbulos sociais em Gabriel Tarde.

<sup>228</sup> Ver Teoria da Mente, a década do cérebro no autismo e a crítica ao sujeito cerebral.

<sup>229</sup> Ver “É possível uma pedagogia da cura?” IN. CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005..

<sup>230</sup> Ver Le BRETON, David. **Antropologia da Dor**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.



Mostra algumas fotos de casas antigas e derrubadas<sup>232</sup>. Segue outro slide “Doutor, minha mãe está com diarreia”. Intervalo. João me oferece uma barra de cereal. Voltando. “O que me chamou a atenção foi a constipação dela. Isso chama a atenção de vocês?” Depois da intervenção de um aluno que relata/ tenta um diagnóstico mais “difícil” e “sofisticado”, João intervém.

“Vamos pensar numa coisa mais comum pessoal. Não estou trazendo nenhuma doença rara<sup>233</sup> aqui não”. Não tinha calor. Era frio. Não era linfático, como o da erisipela<sup>234</sup>.

Outro slide. “O que estamos vendo?” Numa articulação curricular é dito que “Provavelmente vocês verão isso no próximo semestre em otorrino.” Um vídeo<sup>235</sup> é apresentado. Nele a manobra e o teste Dix -Hallpike<sup>236</sup> são discutidos. Em seguida “Em que se baseou essa experiência?” Cuidado pra não confundir labirintite com anti-vertiginosos. Citada a Betaistina, é feita uma simulação com os alunos.

Último slide. Para terminar. O que esses idosos tem em comum? Um dos exemplos é o de Valdemar Caracas, histórico e centenário torcedor do Ferroviário Atlético Clube. O professor diz: aos 103 anos, ele se lembrava de tudo. Isso mostra que a demência não se deve meramente a idade. A genética procura, investiga e utiliza fármacos para mimetizar essa condição.

---

<sup>231</sup> ZORZANELLI, Raphaela (org). **A Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro Garamond, 2014.

<sup>232</sup> Provavelmente na Av. Santos Dumont próximo à Praça Luíza Távora.

<sup>233</sup> Ver por exemplo, os filmes baseados em fatos reais tais como: Óleo de Lorenzo e Quase Deuses. A indústria cinematográfica parece cativar exemplos de casos raros, enigmáticos exóticos em busca de audiência. Apesar disso me foi dito numa conversa informal por uma estudante que alguns estudantes não pretendem trabalhar em atenção de base visto que essa atividade não é desafiante. Em sociologia a busca por regularidades e pelos aspectos comuns pode ser visitado em Durkheim e por Comte. Afinal, a população é mais comumente acometida em quais aspectos? O método indiciário proposto por Carlo Ginzburg poderia ser aproximado ao desafio detetivesco de casos clínicos individuais. No entanto, a forma e o procedimento da racionalidade inscrita não seria problematizada. Ver ainda a problematização de Dina Czeresnia sobre o raciocínio epidemiológico.

<sup>234</sup> Minha questão: Como se procede num momento em que se encontra/ esbarra/ depara com o aspecto desconhecido/ inesperado oculto num (no) diagnóstico inexplorável na literatura médica e científica de uma época?

<sup>235</sup> Vídeo. “Epley Maneuver Right Side House Clinic”

<sup>236</sup> O teste de Dix-Hallpike ou teste de Nysten-Barany é uma manobra diagnóstica usada para identificar a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). Ele é usado para diagnosticar um distúrbio que se caracteriza por episódios momentâneos recorrentes de vertigem que sugerem à mudança de posição da cabeça, principalmente à extensão do pescoço, ao rolar da cama de um lado para o outro, ao levantar-se da cama ou inclinar o corpo para baixo. Uma interessante questão – que foge a esse trabalho – seria abordar como são montadas e elaboradas as chamadas manobras terapêuticas.

Trata-se de um ideal civilizatório<sup>237</sup>. “Tentar elucidar essa genética para tentar viver 150 anos ou mais. Não é ficção.” A genética por trás dessas pessoas centenárias. O que temos são evidências indiretas. Vitalidade a partir de órgãos sexuais<sup>238</sup>.

Finalmente colocamos, dada a importância e o peso que as intervenções do professor possui em relação a parte do nosso campo de pesquisa, um último artigo de opinião publicado pelo professor no Jornal o Povo no dia primeiro de Outubro de 2016 e divulgado por ele mesmo em sua página do Facebook. O título da análise é *Envelhecimento: desafios e oportunidades*. Completando o mote com o subtítulo *A expectativa de vivermos grande parte de nossas vidas na idade avançada impõe-nos a revisão de ideias*, Joao Macedo Coelho Filho aponta para a necessidade do desenvolvimento de uma estética da maturidade<sup>239</sup>.

O número de pessoas idosas tem aumentado de forma extremamente rápida. Em menos de 40 anos, haverá no País mais idosos do que jovens. As

---

<sup>237</sup> Ver FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2010. Na aula de 20 de Janeiro de 1982, Segunda hora, o primeiro tópico discutido é “O privilégio da velhice (meta positiva e ponto ideal de existência).

<sup>238</sup> Ver o Capitalismo Farmacopornográfico de Beatriz Preciado e a crítica política da sexualidade, a sexualidade genitalmente organizada e a economia alternativa dos prazeres em Judith Butler.

<sup>239</sup> Uma curiosa dualidade se apresenta. Ao lado da apregoada falta de interesse no tema, ver matérias que exaltam o vetor envelhecimento dentro do Complexo Industrial da Saúde. Exemplo disso é a matéria da Revista Veja de 21 de Fevereiro de 2016. “A Receita ‘para avançar na crise’”. Afirma a reportagem que dos 13 setores pesquisados, apenas o FARMACÊUTICO apresentou crescimento. E um dos principais vetores desse crescimento deve-se ao ENVELHECIMENTO da população. Notamos aqui ainda a ausência de clássicos que estudam o tema. Nesse sentido, ver MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a População**. IN. MALTHUS, T.R. Princípios de Economia Política e considerações sobre sua aplicação prática. Ensaio Sobre a População. RICARDO, David. Notas aos Princípios de Economia Política de Malthus. São Paulo: Abril Cultural, 1983. Ver ainda. VERRIÈRE, Jacques. **As Políticas de População**. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 1991. Uma matéria recente discutiu as recentes propostas governamentais para o campo do envelhecimento. Ver, nesse sentido “*Especialista diz que teto para a saúde vai contra o envelhecimento da população: Mais recursos não bastam para as necessidades do país diz Ligia Bahia*”. <http://oglobo.globo.com/economia/especialista-diz-que-teto-para-saude-vai-contra-envelhecimento-da-populacao-20236857>. Artigos e nobéis recentes “revolucionam” a percepção sobre o Alzheimer. O primeiro, na revista NATURE. **Knopman, David S. Alzheimer disease: Preclinical Alzheimer disease — the new frontier**. *Nature Reviews Neurology*.(2016). doi:10.1038/nrneurol.2016.153. Published online 07 October 2016. Ver <http://www.nature.com/subjects/alzheimers-disease>. O segundo é o nobel de Medicina e Fisiologia do japonês Yoshimi Ohsumi sobre a autofagia celular. Aqui o velho sonho científico de visualizar de forma antecipada a predisposição genéticas das doenças e erradicar uma doença – tal como o Alzheimer e o Parkinson - antes mesmo dela surgir, volta à cena sob o manto de um certo tipo de medicina preventiva ligada à biotecnologia. Três possibilidades analíticas podem circunscrever o fenômeno. A primeira com Jean Baudrillard, a condição pós-moderna, o ensino e a pesquisa legitimada pelo desempenho e a ciência pós-moderna como pesquisa de instabilidade. A segunda com Humberto Maturana e o seu conceito de Autopoesis. Outra possibilidade se dá noutra problematização da condição pós-moderna da experiência no tempo e no espaço promovida por David Harvey e a abordagem do “conhecimento” tecnológico da medicina em relação as epidemias por Pedro Nava.

repercussões dessa mudança demográfica são imensuráveis. O envelhecimento populacional, que foi, por muito tempo, uma marca de nações ricas, tornou-se uma realidade para o mundo em desenvolvimento. Em países, como o Brasil, há de fato um novo fenômeno: o crescimento da população idosa em cenários de dificuldades econômicas, crises políticas e desigualdades sociais. Os desafios, portanto, tornam-se ainda maiores. Há necessidade urgente da implementação de políticas que possibilitem desenvolver o potencial humano das pessoas idosas. Os novos tempos clamam pela desconstrução do estereótipo do idoso como ser passivo, necessariamente incapacitado, sem mais nada a contribuir. Evidências científicas, bem como as trajetórias de vida de muitos idosos, apontam para a possibilidade de se atingir idades extremas de forma ativa e saudável. Dentro dessa perspectiva, o envelhecimento da população pode ser entendido não como problema, mas como oportunidade. Muitos idosos encontram-se efetivamente inseridos no mundo dos negócios, na cultura, nas artes e na política. Precisamos, no entanto, estender essa possibilidade ao maior número possível de longevos. Seria um grande luxo e ônus, especialmente para as nações em desenvolvimento, desperdiçar o capital humano das pessoas idosas que podem e desejam ainda muito contribuir. Isso, evidentemente, sem retirar-lhes o direito à aposentadoria digna a que fazem jus. Por outro lado, alguns idosos encontram-se em situação de doença e vulnerabilidade. Embora representem uma minoria (não podendo, assim, representar a imagem prevalente da velhice), configuram um grupo que requer atenção diferenciada. Pessoas em idade avançada sofrem maiores consequências dos agravos de saúde. Ademais, os problemas clínicos que apresentam são, muitas vezes, complexos e requerem recursos tecnológicos nem sempre disponíveis. Há, no entanto, estratégias cientificamente validadas que tornam possível qualificar a assistência ao idoso, reduzindo a carga de doenças, incapacidades e custos para o sistema de saúde. Infelizmente, os gestores da saúde têm se debruçado pouco sobre esse tema. Com efeito, a atenção recebida por esse grupo etário, que tem características especiais, mostra-se limitada, refletida na superlotação de emergências, tempo prolongado de hospitalizações e elevadas taxas de sequelas e complicações. Tudo isso ocorre com enorme sobrecarga das famílias, que acabam arcando com o ônus emocional e financeiro da desassistência. A expectativa de vivermos grande parte de nossas vidas na idade avançada impõe-nos a revisão de ideias, como a de que uma velhice feliz consiste em parecer jovem. Agindo assim, descartamos a identidade e os valores próprios dessa fase da vida, que tem seus desafios e dificuldades, mas também seus encantos. Temos que desenvolver uma estética da maturidade. **João Macêdo Coelho Filho.** [jmacedocoelho@yahoo.com.br](mailto:jmacedocoelho@yahoo.com.br). Geriatra; professor da Faculdade de Medicina da UFC

### **3.11 I Curso de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Idoso - Liga de Geriatria**

O I Curso de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Idoso<sup>240</sup> foi realizado no auditório da Fujisan<sup>241</sup>, nos dias 21, 24, 26, 28 e 31 de Março e 07, 09, 11, 14 e 16 de

---

<sup>240</sup> Na página da Liga de Geriatria no Facebook foi postada uma chamada para o II Encontro no último 30 de Agosto. Ele ocorrerá entre os dias 22 de Setembro e 15 de Outubro de 2016. Tal qual a sua primeira versão, ele será ministrado de forma intercalada nas terças, quintas e sábados. “Boa noite, caros amigos! É com grande alegria e satisfação que anunciamos o II Curso de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Idoso a ter início no dia 22 de setembro de 2016, no auditório do FUJISAN. Temas atuais ministrados por

Abril de 2015 com uma carga horária total de 40 horas. Contou com a atuação de todos os membros da Liga de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal do Ceará e contou com o apoio do Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário Walter Cantídio e da disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da UFC. Assinam o certificado do curso o prof. Dr. Charlys Barbosa Nogueira na qualidade de orientador da Liga de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal do Ceará e de Edyane Maria Bezerra Galvão, então presidente da Liga de Geriatria e Gerontologia do Ceará/UFC.

Contando com a coordenação do Dr. Charlys Barbosa Nogueira a programação e os módulos do curso foram: 21/03 8h. Sáb Dra Josefina da Silva – Cuidadores de Idosos na Atualidade; 21/03 10h Sáb Dr. João Macedo - Cuidar do Idoso no séc.XXI; 24/03 18h Ter Dr. Rômulo Lôbo - Delirium – Abordagem diagnóstica e terapêutica; 24/03 20h Ter Dra. Myrian Fragoso – Nutrição e suplementação do idoso; 26/03 18h Qui Dra. Luciana Aragão - Medicina Preventiva: Screening de doenças oncológicas e não oncológicas; 26/03 20h Qui Dr. Alexandre Cavalcante – Atualizações no calendário de vacinação do idoso; 28/03 8h Sáb Dr. Jarbaz Roriz - Doença de Alzheimer- Diagnóstico e Tratamento farmacológico; 28/03 10 h Sáb Dr. Charlys Barbosa - Doença de Alzheimer- Tratamento não-farmacológico; 31/03 18 h Ter Dra. Lenora Barros - Osteoartrose e osteoporose no idoso; 31/03 20h Ter. Dr. Manoel Sobreira - Distúrbios do Sono no idoso; 07/04 18 h Ter Dr. Arnaldo Peixoto - Síndrome da Fragilidade do Idoso

07/04 20 h Ter Dr. Alexandre Alcântara - Maus Tratos; 09/04 18 h Qui Dr. Manoel Martins - Diabetes: diagnóstico e tratamento; 09/04 20 h Qui Dr. João Macedo - Transtornos psiquiátricos ( Depressão, aposentadoria, preparação para envelhecer); 11/04 8 h Sáb Dra. Ianna Braga - Cuidados paliativos; 11/04 10 h Sáb Dr. Michel Ângelo - Finitude; 14/04 18 h Ter Dr. Ronald Pinheiro - Citopenia do Idoso.; 14/04 20 h Ter. Dra. Rachel Barbosa – Úlcera por pressão e cuidados com o

---

doutores renomados e docentes da UFC! Inscrições e contatos no banner. Não percam essa oportunidade ímpar! Vagas limitadas!”

<sup>241</sup> Uma pasta com um bloco de notas da empresa Danone Medical Nutrition nos foi entregue no primeiro dia de curso. Na capa e na contra capa haviam propagandas de vários remédios. Transponho aqui alguns slogans dessas propagandas. *Um Portifólio completo adequado às necessidades do idoso*. Souvenaid. “ Aumenta as sinapses e melhora a memória em DA leve”; FortiFit “ Mais força, músculo e movimento” e o Nutridrink MAX “ Máxima energia para um envelhecimento ativo”. Fazendo justiça à análise lembro que em certos encontros do pensamento crítico também aparecem cartazes de editoras.

paciente acamado; 16/04 18 h. Qui Dra. Úrsula Wille - AVE e cuidados domiciliares e, encerrando o evento, 16/04 20 h Qui Dra. Ana Carla Nunes – Sarcopenia e Doenças Osteoarticulares: abordagem fisioterapêutica.

Tantas foram as observações realizadas ao longo do curso que preferimos sintetizar a nossa discussão, nesse tópico a partir de uma alusão a Norbert Elias<sup>242</sup>. Nela, ele associa a discussão do campo da sociologia médica à questão do morrer<sup>243</sup> e do envelhecimento nas relações entre os médicos e pacientes. Curioso registro. Frente as abordagens fragmentadas de cunho funcionalista, Elias parece tentar ativar análises integradas, de cunho holístico. Mas um holismo que dialoga com aspectos psicológicos e não um holismo mais sistêmico, Luhmaniano, digamos assim, que atualiza, no mundo atual algumas das propostas de Talcot Parsons e representa, tão somente, o reverso da medalha holística frente ao isolacionismo estrutural do funcionalismo. São noutras veredas que as ‘partes’ e os ‘todos’ que aqui parece tentar, com esforço, se abrir. Uma análise figuracional por assim dizer, amparada nos regimes de verdade da patologia e da normalização<sup>244</sup>. Ela tenta tirar do isolamento não só as pessoas, mas também as análises sobre as pessoas. E a comparação entre as sociedades nas quais essas características se inscrevem são civilizatórias no entendimento do autor.

Os problemas que levantei são, como se pode ver, problemas de sociologia médica. As precauções médicas de hoje dizem respeito principalmente a aspectos individuais do funcionamento fisiológico de uma pessoa – o coração, a bexiga, as artérias e assim por diante -; quanto a isso, a técnica médica para preservar e prolongar a vida está sem dúvida mais avançada que nunca. Mas concentrar-se em corrigir medicamente órgãos isolados que funcionam cada vez pior só vale a pena em benefício da pessoa dentro da qual esses componentes estão integrados. E se os problemas dos componentes individuais nos levam a esquecer os da pessoa que os integra, realmente desvalorizamos o que fazemos para os próprios componentes. Hoje a decadência das pessoas, a que chamamos de *envelhecimento e morte*, coloca para os outros seres humanos, aí incluídos os médicos, certo número de tarefas não realizadas e geralmente não reconhecidas. As tarefas que tenho em mente ficam ocultas se a pessoa individual é considerada e tratada como se existisse apenas para si mesma, independente de todas as outras. Não estou seguro de até que ponto os próprios médicos sabem que as relações de uma

---

<sup>242</sup> Ver ELIAS, Norbert. **A Solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e Morrer**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

<sup>243</sup> Ver discussões sociais, culturais, históricas e políticas sobre o tema da morte a partir de outras abordagens. ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. Ou ainda REIS, João José. **A Morte é uma Festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

<sup>244</sup> Ver WAIZBORT, Leopoldo (org). **Dossiê Norbert Elias**. São Paulo: Editora da USP, 1999. Para ver uma crítica aos supostos pressupostos da obra de Norbet Elias, ver GOODY, Jack. **O “Roubo” da Civilização: Elias e a Europa Absolutista**. In *O Roubo da História: como os europeus se apropriaram das ideias e invenções do Oriente*. São Paulo: Contexto, 2008. Pp 177-205.

pessoa com as outras têm uma influência codeterminante tanto na gênese dos sintomas patológicos quanto no curso tomado pela doença. Levantei aqui o problema da relação das pessoas com os moribundos. Assume, como vimos, uma forma especial nas sociedades mais desenvolvidas, porque nela o processo de morrer está isolado da vida social normal numa medida maior que antigamente. Um resultado desse isolamento é que a experiência de envelhecer e agonizar, que nas sociedades antigas era organizada por instituições e fantasias públicas tradicionais, tende a ser ofuscada pelo constrangimento nas sociedades posteriores. Talvez, ao apontar para a *solidão dos moribundos*, fique mais fácil reconhecer, nas sociedades desenvolvidas, um núcleo de tarefas que continuam por fazer. Estou ciente de que os médicos têm pouco tempo. Também sei que as pessoas e seu círculo de relações recebem mais atenção hoje do que antes. O que fazer se sabemos que uma pessoa preferiria<sup>245</sup> morrer em casa a morrer no hospital, e se também sabemos que em casa ela morrerá mais rapidamente? Mas talvez seja exatamente isso o que ela quer. Talvez não seja supérfluo dizer que o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado dos seus órgãos (ELIAS, 2001; 103) [grifos meus]

Num Curso de 40 horas várias observações empíricas e aproximações conceituais foram realizadas. A primeira delas foi feita no último dia de curso e guarda uma relação direta com a observação de Norbert Elias.

Vamos literalmente começar pelo final. No primeiro momento da última noite do curso realizada no dia 16 de Abril, Dra. Úrsula Wille<sup>246</sup> abordou o tema: AVE e cuidados domiciliares. A professora inicia sua palestra fazendo uma avaliação de resultados desde a implantação da unidade de acidentes Vasculares Cerebrais no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (AVC/HGWA).

Após realizar uma Crítica política a reabilitação em Fortaleza colocando como exceção o hospital e a rede Sara Kubitschek. A autora comenta o tema da Desospitalização após AVC – um caminho para a humanização da saúde e a reintegração a sociedade. É nesse momento que a questão da reintegração no SUS e o perfil da evolução dos pacientes desospitalizados pelo PAD/HGWA após AVC é problematizado que o diálogo entre a palestrante e a citação de Elias, o trecho, é melhor morrer em causa se dá.

30 % dos pacientes vão a óbito. Mas isso é esperado. (...) Em casa, ele morre melhor (...) então a gente vê que o AVC é muita coisa. Não dá pra ver em 1

---

<sup>245</sup> Peço perdão aos leitores pela intromissão herege nesse finalzinho de citação de Norbert Elias. A licença literária não pode deixar de fazer uma conexão com um livro de Herman Melville chamado “Bartleby, o escrivão”. O personagem principal dessa ficção subitamente passa a dizer e a repetir insistentemente sempre que solicitado a executar alguma tarefa. “*Eu preferiria não fazer, eu prefiro não*”. Soa como um desconvite a uma série de posturas teóricas e práticas que lidam com o tema da morte e do envelhecimento.

<sup>246</sup> A professora é um dos exemplos de estrangeiros que se radicaram no Ceará e atuam no campo da saúde.



hora e meia. (...). No Nordeste, aqui a atenção primária não funciona. As pessoas tem AVC em média 15 anos (antes) do que nos EUA e na Europa. (...) Quando não se acompanha diabetes e hipertensos. Dá nisso (...). Vocês querem fazer alguma pergunta?”

Outras aproximações possíveis são feitas. Fisiologia dos Tabus de Josué de Castro, A ação dos Fatos Futuros de Gabriel Tarde, o conceito de estilo de vida de Georg Simmel, a Antropologia da Dor de David Le Breton e o regime diurno e noturno da imagem em Gilbert Durand.

Na palestra do primeiro momento da manhã do dia 11 de Abril, Dra. Ianna Braga, com o tema “Cuidados paliativos” nos imprimiu um sentimento de aproximação temática com alguns autores que vimos trabalhando.

Dois momentos aproximam as narrativas do texto e da perspectiva de Gabriel Tarde e sua ação dos fatos futuros<sup>247</sup>. No primeiro momento convidando para uma outra palestra: “*Venham de coração aberto para assistir sobre finitude. Enfrentamento da morte*” E num segundo momento, ao dizer que “*A primeira barreira que eu queria quebrar é que a gente perdesse o medo de prognóstico*”.

Noutro momento podemos articular a discussão promovida pela professora com o texto de Josué de Castro<sup>248</sup> e a discussão sobre a sociedade pós-moralista de Gilles Lipovetski<sup>249</sup>. “Eu falo pros meus alunos que o maior tabu da sociedade não é sexo. É a morte! (...) E na cultura cearense a gente ainda faz assim (bate na madeira) (...) Não se fala sobre morte. Se celebra a vida.”

Uma outra possibilidade foi ponderada durante a palestra de Rachel Barbosa no segundo momento da noite do dia 14 de Abril. O tema da palestra foi “Úlcera por pressão e cuidados com o paciente acamado”.

Durante a exposição o tema do aumento do envelhecimento, a institucionalização dos maus fatos e a necessidades de conhecer as modulações da dor

---

<sup>247</sup> Ver TARDE, Gabriel. “A ação dos fatos futuros” e “Os Possíveis”. IN. *Monadologia e Sociologia e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2007. Por exemplo a discussão que Tarde faz sobre as premissas lógicas das concepções fisiológicas de Claude Bernard, autor mencionado nos trabalhos de Michel Foucault, Georges Canguilhem e Pedro Nava.

<sup>248</sup> Ver CASTRO, Josué. **Fisiologia dos Tabus**. IN. *Ensaio de Biologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1957. Pp 11-38

<sup>249</sup> Ver LIPOVETSKY, Gilles. **A Sociedade Pós-Moralista: o crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos**. São Paulo: Manole, 2005.



foram tocados<sup>250</sup>. Segue um momento de diálogo: Só tem morfina. Sabe que morfina vicia né, Rachel?” “Vicia em quê? Ele é paciente terminal? Vamos propiciar um conforto pra ele.<sup>251</sup>

Na questão *interdisciplinar* nos chamou a atenção, a frase da professora Ianna Braga sobre a Psicologia e da Assistência Social. “Admiro o trabalho da Psicologia e da Assistência Social”.

E logo após ser discutida uma polêmica sobre o Cálcio e os prós e contras desse manejo em relação ao aumento da arterioesclerose, e da resistência ao leite e ao iogurte por pacientes não os querem ingerir por conta da intolerância a lactose, foi dito que “ Não é porque o paciente tem intolerância que não vou fazer suplemento de Cálcio. Toma comprimidos.”

Mas o que chamou a atenção foi a questão do uso da Vitamina D e os conflitos interdisciplinares e profissionais que podem advir nessa questão. “Ainda entra num problema com o pessoal da Dermatologia, não tem jeito (...). Precisa do bom senso (...). Precisa pegar sol, mas a exposição o vulnerabiliza ao câncer de pele.”

No segundo momento da noite do dia 16 de Abril a Dra. Ana Carla Nunes, cujo tema foi “Sarcopenia e Doenças Osteoarticulares: abordagem fisioterapêutica” pareceu revelar uma deficiência no diálogo interdisciplinar e seu alcance nos pacientes.

No que diz respeito as imagens e os diagnósticos por imagem, houve o reconhecimento de uma necessidade. “ A gente precisa aprender a ler a densitometria óssea. Vale a pena passar mais um tempo explicando pro paciente”

O debate que situa a educação e a saúde é ativado pela Dra. Lenora Barros no primeiro momento da noite do dia 31 de Março, cujo tema foi : Osteoartrose e osteoporose no idoso. Abordando a questão do Sistema Unico de Saúde disse Lenora na ocasião que : “O problema está lá em nosso país na encruzilhada entre educação e saúde”

O tema da educação volta a baila com CARLA 16/04 20 h Qui Dra. Ana Carla Nunes no segundo momento da noite do dia 16 de Abril, com o tema: Sarcopenia

---

<sup>250</sup> Ver LE BRETON, David. **Antropologia da Dor**. São Paulo: Fap – Unifesp, 2013. Outra observação mostra a pertinência do diálogo nesse campo de estudos. “ É importante avaliar a dor desse paciente . A funcionalidade e as características dessa dor.”

<sup>251</sup> Escutei a mesma informação sobre a morfina numa experiência no hospital após um acidente. Naquele momento as enfermeiras me disseram que alguns pacientes ficam viciados na substância. A palestrante aqui mostra uma outra possibilidade.

e Doenças Osteoarticulares: abordagem fisioterapêutica”. Disse Ana Carla naquela ocasião “Olha os protocolos educacionais aí de novo gente. Eles estão presentes em quase todos os estudos científicos”.

Questões que envolvem atividades e profissões cotidianas são mencionadas em meio a debates. Após ser comentada a Síndrome mielodisblástica como “É uma síndrome pouco falada. Mas à medida que as pessoas envelhecem ela se torna comum.”

Foi perguntado à plateia “Onde estão os derivados de Benzeno no nosso dia a dia. Alguém sabe me dizer?” e lembrado que os postos de combustível e os frentistas lidam com essa substância. O manejo do Caltrin foi também mencionado.

E aí foi mencionado que “ De três em três meses eu trato um cabeleireiro”. Por questões ligadas à citogenética. Foi mencionada ainda a Neutropenia e a sobrecarga de ferro. Lembrado ainda a questão da predisposição genética, e o SMD, o câncer mais comum na hematologia e nos idosos.

Nesse intervalo, a questão dos agrotóxicos e o poder econômico foi mencionada através da seguinte aproximação “ o Agente laranja usado na Chapada do Apodi – o mesmo do Vietnã. O lençol freático todo contaminado de agrotóxico. Limoeiro – camada de calcário impede que desça mais.”

Algumas das poucas observações e filosóficas nos chamaram a atenção ao longo do curso. A primeira observação foi vista no slide final da apresentação do professor Charlys Barbosa no dia 28 de Março. O tema era: Doença de Alzheimer- Tratamento não-farmacológico. Dizia o slide que “Os genes carregam a arma, o estilo de vida puxa o gatilho”, numa frase de Eliot Joslim. A segunda observação provém da professora Ianna Braga.

Você acha que se o Geriatra tivesse uma terapia anti-envelhecimento a gente não passava? (...) “Ou a gente aceita e trabalha isso da melhor maneira possível ou não tem jeito e vai sofrer muito mais (..) “ Tô falando dos médicos porque eu to querendo criticar a minha própria classe (...) Será que a gente está cientificamente preparado para dar uma maior qualidade de morte para os nossos pacientes<sup>252</sup>?

Ela conclui sua discussão com a frase de Eliane Brumm:

A morte não é o contrário da vida. A vida não tem contrários. A morte é o contrário do nascimento. Morrer é parte da vida não o seu oposto. Precisamos aprender a viver também a nossa morte. Morrer será a última grande novidade da vida de todos. Querendo ou não

---

<sup>252</sup> Ver CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

A própria formação dos professores é colocada em questão. Além disso, a observação de professores sobre a visão de outros professores e frente a própria classe traçam um campo de diálogo crítico e propositivo. É o que podemos inferir desse comentário do professor Charlys acerca de algumas considerações colocadas pela professora Ianna durante a palestra sobre cuidados paliativos.

“A morte é poderosa. Se o paciente morreu, você perdeu. E ainda tem professores que são dessa corrente”. Nesse meio tempo Charlys e Ianna falaram e comentaram sobre a lacuna na formação deles no tema morte trazendo a questão da sua própria experiências enquanto estudantes de medicina.

A professora Maria Josefina, por exemplo, fez uma análise crítica e propositiva sobre alguns conceitos do professor Antero Coelho Neto<sup>253</sup>. Num dado momento, ao longo da palestra que abriu o curso, a professora disse que o professor Coelho Neto tinha uma visão romanceada do Idoso. “Eles andam de Jet Ski e viajam. É diferente dos idosos que estão em condições precárias.

A impressão ainda de alguns participantes sobre a teoria e a prática do curso deve ser levada em consideração. Num dado momento me foi perguntado por um deles. “O que você achou do curso? *“Achei muito voltado para a área médica.”* Vamos ver o que essa observação significa logo em seguida.

E ela começa numa sondagem realizada por um professor à sua plateia. Na palestra do professor Rômulo Lobo realizada no primeiro momento da noite do dia 24 de Março, O tema era “Delirium – Abordagem diagnóstica e terapêutica” Nessa breve e sintética passagem podemos vislumbrar a educação médica e seu método de ensino aprendizagem. É necessário, portanto, problematizar a representação social do conhecimento através da especialização dos saberes.

“ Vocês são alunos da Medicina?”

Quem aqui sabe o que é Pancitomia, anemia, leucopenia, plaquetomia?

“Vamos analisar casos clínicos porque assim fica mais fácil”

“Uma história clínica bem feita, etc...”

“A gente vai apresentar em cima de três casos clínicos”.

“Alguém é capaz de me dizer o que é marcha tapédica?”

Alguém da Fisioterapia...

---

<sup>253</sup> Ver COELHO NETO, Antero. **Palavras que valeram a pena:** a educação e a saúde do brasileiro. Fortaleza: ABC Editora, 2006.

( Só uma pessoa responde, da Medicina).

- “Perde a propriocepção da coluna vertebral”?

Nesse momento ocorre um Jogo de perguntas para a plateia que nada responde. Os pressupostos e o estilo lembram o estilo e a abordagem estatístico, epidemiológico e biologizante. Inscritas no terreno e no regime da patologização, da normalização, nos estereótipos dos papéis sociais e do comportamentalismo. Continua a cena pedagógica

“Quem já ouviu falar em anemia perniciosa, megaloblástica, levanta a mão”  
Em seguida é lembrado que “quem faz cirurgia de redução de vitamina B12 também apresenta anemia.

Os casos são citados. Um deles, o caso 3. 65 anos, feminina, solteira. O outro era o Caso 2. 67 anos, masculino, aposentado. Características são citadas. HDA – referência cansaço já que há 4 meses procurou serviço médico sendo diagnosticada anemia. HF- ndn hábitos ex: Etilista e tabagista. Comparação são feitas. Ver, por exemplo: HDA filho de paciente sofre 5 dias. 39 com estado confusional e “ Várias namorados”

Síndrome. Citogenética clássica da coluna vertebral. Hemoglobina ...hg 12 é o normal para a mulher brasileira.<sup>254</sup>

Continua o professor Rômulo.

“O que é que chama a atenção nessa lâmina?. Observe a forma das hemáceas”.

“ Tem alguém da Biologia, da Biomedicina?”

“ Como é que a gente fecha o diagnóstico dessa doença?”

“ O que chama a atenção?”

Uma saraivada de conceitos e perspectivas nos é colocada: a anemia hemolítica microangiopática, a Plasmaférese enzima **DAM ts 13**<sup>255</sup>. Parece que se tratava da anemia mais comum no mundo ocidental.

Nesse meio tempo essa própria pesquisa foi mencionada num programa da rádio universitária pelo professor Charlys Barbosa. A menção a pesquisa foi feita em

---

<sup>254</sup> Ver a discussão sobre a “Biopolítica” da taxa de hemoglobina e a questão dos fluxos de sangue em Giuseppe Cocco e do fetichismo dos conceitos.

<sup>255</sup> Ver o imaginário estatístico e bioinformatizado que atravessa a questão.

público e ao vivo no dia 09 de Maio de 2015 logo após a leitura de uma pergunta que fiz como ouvinte ao programa Novas Dimensões<sup>256</sup> que vai ao ar todos os sábados e é uma das atividades mais longevas que conta com a participação da Liga de Geriatria. O tema do programa era Doenças e ortoaartroses nos idosos. Durante a discussão foi mesmo mencionado um dito de HIPÓCRATES “ curar às vezes, aliviar sempre’

A própria disponibilização e circulação dos conhecimentos é aferida. Solicitei a um dos membros da Liga os slides das apresentações e ela me disse que esse era um desejo e uma reclamação geral do público que vinha assistindo as apresentações do curso. Conversando com o coordenador do eventos e do projeto, ouvi, Assim que solicitei os slides das apresentações, numa interessante e curiosa forma de lidar com a circulação de informações, nesses tempo de redes sócias de comunicação ele me disse: “ O pessoal fica meio assim. Um dia desses tinha uma aula minha na rede e eu nem sabia<sup>257</sup>”.

A judicialização da saúde, veremos adiante e já adiantamos um pouco aqui foi mencionada. A professora Ianna comenta sobre o tema. “A gente como profissional fica com medo de processos. A geração de vocês será a geração dos processos (JUDICIAIS)”. Ela relata os índices de processos nos Estados Unidos. Pergunta à plateia. “Quem tem mais processo: anestesista ou paliativista?”

Em seguida comenta o episódio de um pintor na sua casa da para tecer considerações entre esses saberes e poderes. “Quem é o pintor?” Ela discute com o pintor sobre um serviço feito na casa dela. Ela acha o serviço ruim. Diante da sua insistência, o pintor pergunta: “ Quem é o pintor?”...

Charlys Barbosa complementa o soneto da judicialização e pergunta à plateia. “Vocês sabiam que agora nós temos advogados de porta de hospital”. Em seguida comenta o caso da Úlcera no calcâneo. Dá-se como “ Causa ganha”. É negligência<sup>258</sup>.

---

<sup>256</sup> O professor Charlys Barbosa possui pós- Graduação pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. E o professor João Macedo Filho realizou sua pós-graduação na Inglaterra. Os dois professores coordenam as atividades da Liga. Lembramos que as reuniões do grupo de geriatria na faculdade de medicina nas terças-feiras ao meio dia no ambulatório de Geriatria e as 7 de meia da manhã no 4 andar Bloco Didático da faculdade de medicina.

<sup>257</sup> Achei curioso por nalguns momentos foi mencionado o grupo de WhatZap envolve os professores e os alunos da Liga de Geriatria como mecanismo de facilitação de compartilhamento de informações. Aqui antevemos uma sutil fronteira entre os universos público e privado das Ligas e dos professores.

<sup>258</sup> Ver SOUZA, Thaís Sanglard et al . **Prevenção de úlceras no calcanhar com filme transparente de poliuretano.** Acta paul. enferm. vol.26 no.4 São Paulo 2013. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400008)

E, finalmente, as observações dos próprios membros da liga. Questionados sobre quando ocorreria outro curso, obtive como resposta. “ Quando vocês vão ministrar outro curso? Próximo ano?” “ - De dois em dois anos. Talvez demore”. Durante um dos intervalos da atividade perguntei informalmente a um dos membros como se dava a dinâmica de suas atividades na Liga de Geriatria. “A gente pode fazer parte de várias ligas. Eu faço parte de três projetos. É na hora do almoço. Tem gente de vários semestres.”

### 3.12 As ligas acadêmicas e os espaços extra-curriculares

Aproveito outra oportunidade para intercala nossas ponderações com o testemunho e a produção dos estudantes de medicina. Dessa vez, no que diz respeito às atividades extracurriculares<sup>259</sup>. Maria Rita Margarido, acadêmica do terceiro ano de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto localizada no estado de São Paulo desenvolve um comentário crítico sobre as atividades extra-curriculares no curso de Medicina a partir de sua experiência acadêmica. As ligas acadêmicas se situam nesse espaço e horizonte institucional. O exercício analítico da estudante proporciona aos leitores uma maior compreensão e aproximação com o imaginário teórico e prático que pretendemos investigar. Escreve Margarido que :

Ao ingressar no mundo universitário, uma das primeiras coisas que são apresentadas a nós, estudantes de medicina, são as atividades extracurriculares. Ligas acadêmicas, Atlética, Centro Acadêmico, grupos estudantis (de humanização hospitalar, religiosos), iniciação científica, monitorias são algumas dessas. Nesse contexto de inúmeras opções, unidas à inexperiência do recém-ingresso na universidade, torna-se um desafio fazer uma escolha consciente do que participar. É sabido, por meio de alguns estudos que alguns dos motivos mais relevantes para a procura de tais atividades incluem a busca pela prática médica, pelo aperfeiçoamento de técnicas e aquisição de conhecimento, por um melhoramento do currículo e um bônus em provas de residência. Ainda segundo estudos, principalmente sobre ligas acadêmicas as atividades extracurriculares muitas vezes não servem a seus propósitos, consistindo em um meio que consome muito do já escasso tempo disponível aos estudantes do curso médico, além de muitas vezes não serem bem sucedidas em seus propósitos (por exemplo, promover a extensão) e reproduzirem vícios acadêmicos, por meio de cronogramas baseados em aulas teóricas. Vale lembrar que uma atividade extracurricular é, essencialmente, algo que o estudante escolhe

---

<sup>259</sup> Ver a crítica a uma série de negligências, confusões burocráticas e administrativas e campos de interesse interinstitucionais inscritos nos estágios na medicina IN REGO, Sérgio. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida ( dos outros) nas mãos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

realizar, e por isso deve ser algo que, teoricamente, este irá tratar com responsabilidade e desenvolverá um gosto por fazê-lo, muitas vezes mostrando muito mais dedicação a esta do que a atividades do "currículo formal (p.1)

Em se tratando de um artigo sobre as atividades extra-curriculares, a estudante realiza uma “ uma breve síntese do conceito dos diversos tipos de currículos”. Ao longo de nosso estudo, problematizaremos as questões relativas ao currículo através de três autores: Ivor Goodson ( 1995 ), Geison Lira ( 2010) Tomas Tadeu (2011). Por enquanto, vamos apenas ouvir o que a escrita de Margarido nos sugere.

Segundo Tavares et. al, o currículo é construído de forma a apresentar sua estrutura formal, que consiste na grade proposta pelo meio acadêmico de obrigações a serem cumpridas por todos os alunos. O currículo informal consiste na busca do aprendizado ainda dentro da instituição, mas não vinculado a planejamentos oficiais. O currículo paralelo, por sua vez, é aquele que consiste na busca de experiências fora dos muros do meio acadêmico (geralmente atividades ligadas à prática). Por fim, o currículo oculto situa o pano de fundo do processo de formação, perpassando todos os demais currículos. Dessa forma, as atividades extracurriculares seriam principalmente ferramentas de construção do currículo paralelo e informal, a fim de suprir eventuais falhas e necessidades não contempladas no currículo formal. Dentro do currículo paralelo, existem aquelas atividades classificadas como de Ensino (ex. Monitorias), Pesquisa (ex. Iniciação científica) e Extensão (ex. Ligas). (MARGARIDO, 2013; 1)

As ligas acadêmicas, nosso tema de estudo, são o primeiro objeto de comentário das atividades vivenciadas da estudante da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Início pela atividade talvez mais popular, as Ligas Acadêmicas, que visam principalmente o contato precoce do aluno com a prática médica e assuntos que sejam de seu interesse. Na vivência das Ligas, percebo que estas são muito mais procuradas por alunos do primeiro ao terceiro ano, e sua procura no internato inexpressiva, o que mais uma vez elucida seu papel de contato com a prática médica, praticamente inexistente nos dois primeiros anos do curso. Nesse sentido, as ligas proporcionam um ambiente favorável ao aprendizado e ao convívio entre estudantes, criando oportunidades de discussões e aquisição de conhecimento. As ligas, no entanto, deveriam se pautar no tripé universitário (ensino, pesquisa, extensão), principalmente em extensão. A vivência mostra, no entanto, que a grande maioria das ligas, na FMRP, falham em realizar projetos de pesquisa e mesmo de promover atividades de extensão. (MARGARIDO, 2013; 2)

Após abordar a questão do ensino, da pesquisa e da extensão, a estudante problematiza o possível nível de teoricismo inscrito nalguns modelos de ensino médico. Durante nossa investigação, constatamos ser muito comum, entre os



estudantes de Medicina, a preocupação com o aspecto prático do seu aprendizado. Intuímos que esse imaginário possa situar filosófica e metodologicamente a educação médica dentro das correntes do pragmatismo de matriz norte-americana. E é muito possível que, os estudantes se situem nessa “corrente” filosófica através da incorporação de suas máximas, em seus cotidianos acadêmicos e até pessoais, sem se darem a menor conta disso.

O que acontece muitas vezes é a reprodução de modelos de ensino do meio acadêmico, em sua grande maioria, com palestras e aulas teóricas. Além disso, a prática médica promovida pelas ligas muitas vezes ocorre sem supervisão, o que pode significar diversos problemas de ordem técnica e mesmo ética nas atividades de extensão. Por isso, como mostra Filho, as ligas são atividades que devem ser repensadas, para melhor suprir as necessidades de alunos. Apesar disso, são atividades muito ricas em conhecimento e proveitosas. (MARGARIDO, 2013; 2)

Ainda no quesito ensino, pesquisa e extensão, Margarido menciona ainda as atividades que podem complementar o currículo da graduação: Programas de Educação Tutorial, workshops, simpósios, sarais, filmes, exercício de língua estrangeira.

Nesse mesmo contexto de complementar a graduação, encontram-se opções como grupos estudantis. Refiro-me aqui ao grupo PET (Programa de Educação Tutorial), do qual participo. Trata-se de um grupo de alunos do curso médico, aliados a um tutor (no nosso caso, Prof. Dr. Antônio Pazin Filho), vinculados ao Ministério da Educação, que realizam atividades do tripé universitário a fim de suprir demandas, que sejam coerentes, dos diversos alunos do curso médico e de seu próprio grupo. Para tal, são realizados eventos culturais, de ensino ou científicos (workshops, simpósios, sarais) e atividades internas, como discussões são de temas quistos pelos integrantes ("projetinhos"). Estes últimos algumas vezes são expandidos e levados para fora do grupo, com a realização de apresentação de filmes e discussões posteriores com profissionais da área abordada (CinePET). São feitas também atividades para o desenvolvimento da língua estrangeira (reuniões em Inglês), desenvolvimento da leitura e discussão de livros, planejamento de atividades de extensão (Cursinho Popular do PET - Medicina, um cursinho para alunos carentes) e projetos de pesquisa (atualmente, sobre a percepção de alunos dos primeiros anos, dos diversos cursos do Campus de Ribeirão Preto da USP, sobre o serviço de emergência). O PET é uma experiência, portanto, que se classificaria como holística, pois possui atividades que contemplam Ensino, Pesquisa e Extensão. Atualmente vem crescendo no campus de Ribeirão Preto, com a mais nova formação do grupo PET-Direito e os já existentes PET-Química e PET-Enfermagem, além do PET-Medicina. O grupo é um ótimo ambiente para se aprender como funciona a estrutura da universidade, aprender a conviver com pessoas diferentes, a lidar com problemas diversos, organizar eventos, debater idéias, construir um "currículo informal" por meio do convívio com o tutor, e mesmo fazer amizades. (MARGARIDO, 2013:2)

A iniciação científica, as práticas, as técnicas, o contato com o conhecimento e o pensamento científico, assim como a relação entre professores orientadores e alunos orientandos são também objeto de reflexão:

Outra atividade popular é a iniciação científica, que proporciona ao aluno um convívio com práticas, técnicas e conhecimento científico. Orientado por um docente, o aluno escreve projetos, realiza atividades práticas e pode até mesmo apresentar trabalhos em congressos ou publicar artigos em periódicos científicos. É então uma atividade muito rica em termos de conhecimento, pois permite além de adquirir habilidades manuais, desenvolver o pensamento científico, estatístico, de escrita e mesmo de convívio com docentes ( MARGARIDO, 2013; 3)

E agora, um dos momentos mais interessantes do relato. A aluna exercita um imaginário em que todas as atividades devem possuir uma razão e um sentido de ser. Uma espécie de discurso afetivo sobre a eficiência acadêmica. Todas as situações e momento devem ser pensados e vivenciados de forma objetiva, profissional. Ao mesmo tempo, Margarido realiza uma breve e tímida crítica subliminar à estrutura hierárquica e vertical da Faculdade de Medicina em que estuda. Como sabemos a existência da “terapia do riso” como prática corrente de humanização hospitalar emergiu com as propostas de Patch Adams<sup>260</sup>. Essa cartografia não foi realizada e ficamos sem saber se a estudante possuiria ou não essa informação histórica.

Por fim, a participação no grupo FelizIdade, de humanização hospitalar (um grupo de alunos que visita às enfermarias da geriatria do HC para conversar com os pacientes, tocar músicas, fazer teatros) é muito útil em termos de desenvolvimento da comunicação além de ser muito gratificante pessoalmente, ao encontrar tamanha gratidão. É também um dos melhores grupos para se conquistar amizades, além de ser o único grupo em que não existe uma hierarquia e um grupo de pessoas em comando. (Margarido, 2013:3).

Ao final, um elogio às atividades extra-curriculares e ao tempo dedicado a elas. O conteúdo do elogio parece reforçar o sentimento de instrumentalização das atividades acadêmicas dos estudantes de Medicina mencionados em nosso comentário à passagem anterior.

Podemos ver que, as atividades extracurriculares, apesar de apresentarem alguns problemas em sua concepção e muitas vezes serem dispendiosas em tempo, promovem ao aluno uma formação ampla e mais completa do que proporciona o currículo formal. Recomendo a participação para todos os alunos, atentando, porém ao cuidado de não haver sobrecarga nas atividades, pois elas, assim, deixariam de servir a seu propósito para ser

---

<sup>260</sup> O médico norte-americano foi tema de um filme e exercitou uma crítica ao mesmo numa entrevista concedida ao Programa Roda Viva realizado na TV Cultura.

algo desagradável e cansativo. Uma boa escolha ajuda bastante, pois quando gostamos do que fazemos, fica muito mais fácil construir algo bem feito. Desta forma, a atividade extra-curricular nos acrescenta muitas coisas que ainda ansiamos, mesmo com todas as atividades da graduação, valendo todo o tempo dedicado (MARGARIDO, 2013; .4)

As ligas acadêmicas podem também se situar no seio da programação de eventos das áreas mães que as cobrem institucionalmente <sup>261</sup>. Tratou-se de uma experiência dessa natureza no VIII Congresso Brasileiro de Transplante de Fígado, Pâncreas e Intestino que ocorreu na praia do Cumbuco situada no município de Caucaia Ceará, nos dias 16, 17 e 18 de Outubro de 2015. Dentro do encontro ocorreu um no I Encontro das Ligas Acadêmicas <sup>262</sup>.

Conforme programação, o II Encontro das ligas contou com as seguintes discussões e expositores: *As Ligas Acadêmicas de Transplantes: características e distribuição geográfica* por Bernardo D Sabat (PE). O tema da *A Assistência*

---

<sup>261</sup> Agradeço a professora Francisca Geny Lustosa pelas informações. Trata-se do **VIII Congresso Brasileiro de Transplante de Fígado, Pâncreas e Intestino**, que aconteceu de 16 a 18 de outubro de 2014, no Hotel **Vila Galé Cumbuco**, promovido pelo Instituto do Fígado do Ceará (IFIC). Em paralelo a este evento aconteceu o I Fórum das Centrais de Transplante e CIHDOTTs da Região Norte e Nordeste, o II Encontro das Ligas Acadêmicas de Transplantes e o Curso de Introdução à Prática dos Transplantes de Órgãos e Tecidos. O evento foi presidido pelo Dr. Huygens Garcia, Presidente do VIII Congresso Brasileiro de Transplante de Fígado, Pâncreas e Intestino. A coordenação das comunicações acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina ficou ao cargo de *Bernardo D Sabat Prof.de Medicina Cirúrgica FC/UPE*,

Coord da Equipe Pernambucana Captação de Órgãos Abdominais para Transplante. Coord de Projeto de Tutoria em Retirada e Preservação de Órgãos Abdominais para Transplante MS/IMIP.

<sup>262</sup> Dentre os artigos sugeridos para discussão, destacamos os seguintes. HAMAMOTO FILHO, P. T. *et al.* **Ligas Acadêmicas de Medicina: extensão das ciências médicas à sociedade.** *Rev. Ciênc. Ext.* v.7, n.1, p.126, 2011; SANTANA, ACDA. **Ligas acadêmicas estudantis. O mérito e a realidade.** *Medicina (Ribeirão Preto)* 2012;45(1):96-8 <http://www.fmrp.usp.br/revista>; HAMAMOTO FILHO, Pedro Tadao. **Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário.** São Paulo: REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 535. 35 (4) : 535-543; 2011; TORRES, A.R. et al. **Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.713-20, out./dez. 2008. Num deles, o sentido do verbo ligar é assim apresentado. Os sentidos do verbo “ligar”: UNIÃO e AÇÃO (Ferreira, 2000, p.426): Atar com laço ou ligadura, prender; Unir, juntar novamente o que está separado, fazer aderir ou pegar; Pôr em comunicação, em contato; Vincular, unir por vínculos morais ou afetivos; Formar aliança, relacionar-se, estabelecer relações entre, aproximar; Combinar, misturar, associar; Tornar conexo ou coerente; Prestar atenção; Pôr em funcionamento.

*Multidisciplinar nos transplantes de órgãos como modelo para o ensino da graduação* foi levantada por Orlando de Castro e Silva (SP). Num terceiro momento, *A captação de órgãos para transplante como cenário de prática para as Ligas Acadêmicas de Medicina e Enfermagem* foi abordada por Paulo Everton Garcia Costa (CE). Fechando o primeiro módulo de apresentações, o tema da regulamentação das ligas foi contemplado através da exposição: *Regulamentação das Ligas Acadêmicas de Medicina e de Enfermagem nas Instituições de Ensino* por Marina Rodrigues Garcia da Silveira (USP/RP).

Iniciando o segundo módulo no evento, a professora Geny Lustosa discutiu , o *Planejamento, gestão e avaliação das Ligas Acadêmicas de Transplante como um Projeto de Ensino* e *A avaliação do ensino aprendizagem nos cenários das Ligas Acadêmicas de Transplante. A contribuição das Ligas Acadêmicas de Transplante na formação profissional dos acadêmicos de medicina* por Paulo Massarolo (SP) e *A contribuição das Ligas Acadêmicas de Transplante na formação profissional dos acadêmicos de enfermagem* por Seda Maria de Aguiar Carvalho (CE) fecharam as discussões acerca do papel das ligas acadêmicas naquela área de especialização médica alvo e tema do evento.

Apesar dos artigos e análises críticas e propositivas acerca do papel das ligas acadêmicas na formação dos estudantes de medicina, sentimos aqui uma lacuna: não houve espaço programático no evento aberto à participação e a exposição dos próprios estudantes e membros de ligas nos dois módulos do evento.

### **3.13 I Curso Jornalismo em Saúde do PET MEDICINA/UFC**

De um ponto de vista mais amplo as relações da mídia com a produção científica são objeto de discussão no meio acadêmico. Um artigo intitulado<sup>263</sup> “Como se relacionam pesquisadores e jornalistas no Brasil?” de autoria de Lilian Nassi- Calò<sup>264</sup> e publicado na página da Associação Brasileira de Saúde Coletiva ( ABRASCO).

---

<sup>263</sup> Publicado em 26 de Setembro de 2016. Ver. <https://www.abrasco.org.br/site/2016/09/como-se-relacionam-pesquisadores-e-jornalistas-no-brasil/>. Ver ainda

<sup>264</sup> A autora deste artigo, Lilian Nassi-Calò, é química pelo Instituto de Química da USP e doutora em Bioquímica pela mesma instituição, a seguir foi bolsista da Fundação Alexander von Humboldt em Wuerzburg, Alemanha. Após concluir seus estudos, foi docente e pesquisadora no IQ-USP. Trabalhou na iniciativa privada como química industrial e atualmente é Coordenadora de Comunicação Científica na BIREME/OPAS/OMS e colaboradora do SciELO.

Ela pode, como nesse caso, envolver a problematização das relações da mídia, com a produção científica e o acesso a verbas e financiamentos de pesquisa.

Cientistas perceberam que permanecer em sua zona de conforto e comunicar seus resultados apenas em periódicos científicos não é suficiente. Para obter recursos de pesquisa é necessário prestar contas à sociedade e existe uma relação direta entre veiculação pela mídia e número de citações. (...)Historicamente, a relação entre cientistas e a imprensa mostrou-se difícil, tempestuosa e muitas vezes desprovida de confiança. A despeito disso, ambos precisam um do outro: pesquisadores precisam comunicar suas descobertas ao público, e o fazem por intermédio dos jornalistas; por outro lado, os veículos de comunicação se beneficiam com a publicação de notícias da ciência, que despertam a atenção dos leitores. (...)Muitos cientistas admitem que tratar de temas complexos referente à sua pesquisa com jornalistas não é tarefa das mais fáceis. Corre-se o risco de simplificá-los em demasiado ou usar linguagem muito técnica e jargões cujo significado é desconhecido da maioria. Uma alternativa encontrada pelos pesquisadores foi eliminar os intermediários – jornalistas – e levar os pesquisadores a dialogar diretamente com o público. Revistas como *Scientific American* – que tem versões em vários idiomas, inclusive o português, e páginas de ciências de grandes jornais em muitos países vem fazendo isso há décadas. Hoje em dia existem inúmeros blogs e páginas em redes sociais dedicados a isso, notadamente os ScienceBlogs, a maior rede de blogs de ciência do mundo que trata de temas como ciências naturais, cultura e política, lançada em 2006 em inglês, e duas redes associadas: ScienceBlogs Alemanha com 25 blogs e ScienceBlogs Brasil com mais de 40 blogs, lançado em 2008. Mais recentemente, a iniciativa de divulgação científica Pint of Science, criada em 2013 na Inglaterra, chegou ao Brasil, e em 2016 o evento internacional foi realizado em 11 países, com 7 cidades no Brasil. As reuniões acontecem em bares e locais informais onde pesquisadores falam diretamente ao público sobre seu trabalho e respondem a perguntas dos participantes em temas como genética, mudanças climáticas, tecnologia, vírus e astronomia, entre outros. As redes sociais também vêm desempenhando um importante papel na divulgação científica, trazendo conteúdos em formatos simples e atraentes, porém com rigor científico, que incluem vídeos e animações palatáveis a leigos destinados, sobretudo, ao público jovem. Evidentemente, nem toda pesquisa acadêmica encontra aplicação prática imediata e pode parecer de pouca utilidade aos olhos da maioria. É necessário percorrer um longo caminho no conhecimento de mecanismos biológicos de seres vivos – apenas para citar um exemplo – para poder aplicá-los na resolução de questões emergentes que afetam a saúde. Não é da noite para o dia que metodologias como o sequenciamento genético, por exemplo, surgiram para ajudar a encontrar tratamentos personalizados contra certos tipos de câncer, hoje disponíveis.

Dado esse exemplo mais amplo vejamos uma experiência mais próxima de nossa investigação. A atuação das Ligas Acadêmicas, dos Centros Acadêmicos e dos Programas Especiais de Treinamento ocorrem, no meio universitário e estudantil da medicina, de forma paralela. Aqui fazemos emergir uma dessas experiências. Alunos da Liga do Trauma da UFC atuaram junto a alguns membros do Centro Acadêmico XX de Maio e ao PET da Medicina. É o que presenciaremos a partir de agora.

O I Curso Jornalismo em Saúde<sup>265</sup> foi promovido pelo Programa de Educação Tutorial do Curso de Medicina da UFC. O evento ocorreu entre os dias 9 e 10 de Junho de 2016 na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará e contou com a participação de diversos profissionais da área da imprensa e da saúde e membro da Liga do Trauma do Curso de Medicina da UFC, de alguns membros do Centro Acadêmico XII de Maio, além do próprio PET, principal elo mobilizador do evento. A chamada para o curso em página da UFC foi realizada assim.

O Auditório Murilo Aguiar, da Assembleia Legislativa do Ceará, recebe, entre os próximos dias 9 e 10, de 13 às 18 horas, o **I Curso de Jornalismo em Saúde**. O evento é promovido pelo PET Medicina (Programa de Educação Tutorial do curso de Medicina da UFC), em parceria com o curso de Jornalismo da Universidade Federal do Ceará. Segundo os organizadores, o objetivo do curso é discutir temáticas próprias do jornalismo - ética, seleção de pautas, oportunidades de mercado - empregadas na saúde. Palestras com jornalistas e profissionais da área de saúde integram a programação, que contará também com um debate inaugural com a presença de representantes de veículos de comunicação locais, como Daniel Negreiros, editor geral do jornal O Estado do Ceará e da seção VIVER, que publica notícias sobre ciência, saúde e bem-estar; Lucinthya Gomes, editora do caderno Ciência e Saúde do jornal O Povo; e Mirely Costa, editora-adjunta da revista Saúde Fortaleza. Confira a programação completa clicando aqui.. As vagas para as oficinas já foram preenchidas, mas interessados podem se inscrever na lista de espera (increva-se aqui). No local do evento, os participantes devem realizar a entrega de duas latas de leite em pó, que serão doadas para famílias de crianças com deficiência de vitamina D do município de Tejuçuoca. O curso recebe o apoio do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e dos cursos de Medicina e Jornalismo da UFC.

Os temas do curso foram os seguintes. Na quinta feira, dia 9 de Junho. Palestras com os Jornalistas Lucinthya Gomes, Daniel Negreiros, Ludmilla Wanbergna e Mirely Costa. Em seguida, a médica Mariana Luíza discorreu sobre o Parto Humanizado. Voltando do intervalo a Liga do Trauma composta por estudantes de medicina da UFC apresentou o tema “Prevenção de Trauma no Trânsito” . Finalizando o primeiro dia do evento, Joseline Alves palestrou sobre os “ Distúrbios Alimentares.”. Na segunda e última tarde do evento, o médico Rômulo Lobo, a quem aludimos nessa investigação ao relatarmos o I Curso Multidisciplinar de Atenção ao Idoso que contou com a participação e a organização da Liga de Geriatria da UFC nos falou sobre “ Demências e Alzheimer”. O psiquiatra Fábio Gomes Souza encerrou o primeiro ciclo da tarde com o tema “ Síndrome de Burnout”. Nessa palestra a questão do suicídio entre

---

<sup>265</sup> Ver TABAKMAN, Roxana. **A Saúde na Mídia**: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

os estudantes de medicina é abordado e o registro de um suicídio entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará é lembrado e ressaltado. “ Nós perdemos um estudante de Medicina semana passada” disse o professor. E cruzando saberes e poderes diversos ao abordar a patologização da profissão médica afirmou ainda que “ O stress odeia oxigênio. O pânico adora gás carbônico”.

Voltando do intervalo e dando sequência ao último ciclo do evento, Tatiana Fiúza, abordou o tema “ Medicina da Família” ao relatar uma experiência desenvolvida há mais de uma década no Morro de São Tiago na Barra do Ceará. A médica atravessou questões sociais, culturais, políticas, econômicas e ambientais. Além disso, chamou a atenção para um aspecto: a atuação do PCC e do Comando Vermelho nas áreas e comunidades periféricas da cidade de Fortaleza.

Finalizando o evento, Elizabeth Daher coordenou a palestra sobre o tema “Doenças renais e vigorexia”. Um estudante que organizava o evento me deu as seguintes credenciais sobre essa última professora. “Ela é uma das maiores publicadoras de artigos científicos nessa área do Brasil”.

Cabe salientar que as relações entre a saúde e a mídia também são objeto de análise num grupo de estudo do 7º Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais a ser realizado em Outubro de 2016. A chamada aos trabalhos ao tema que aqui tratamos foi assim configurada<sup>266</sup>. Ela evidencia a pertinência e a trajetória apresentada ainda de forma incipiente em Fortaleza e no estado do Ceará a partir dessa iniciativa dos estudantes.

SAÚDE e MÍDIA. A centralidade das relações entre saúde e mídia no mundo contemporâneo tem sido colocada em evidência, uma vez mais, pela epidemia do vírus zika. Como em tantos outros eventos epidêmicos recentes – H1N1, dengue, ébola, gripe aviária – ou relacionados à doenças não transmissíveis – câncer, obesidade, hipertensão – ou em temas da promoção da saúde – alimentação, exercícios físicos –, estão em pauta os próprios sentidos atribuídos à saúde e à doença, a explicação de seus nexos e a responsabilidade de poderes públicos, indivíduos e coletividades. Seja em contextos de crise, mas também no fluxo noticioso cotidiano, alargam-se os temas da saúde e as conexões com outros campos sociais, como se pode observar na manifestação de especialistas, jornalistas e veículos de comunicação, autoridades sanitárias, políticos, setores empresariais, leigos, ativistas, entre outros, que se posicionam com diferentes graus de autoridade e legitimidade e estabelecem relações de concorrência ou aliança. A magnitude da produção midiática e de suas repercussões nas possíveis formas de enfrentamento, em especial no que diz respeito às suas articulações com o SUS e com as políticas públicas universais, demandam reflexão crítica e necessariamente interdisciplinar, que contemple a extrema diversidade

---

<sup>266</sup> Ver [http://cshs.com.br/grupo\\_tematico/index.php#21](http://cshs.com.br/grupo_tematico/index.php#21)



cultural e regional existente no país. Este GT se oferece como espaço de intercâmbio e debate sobre a construção de sentidos sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis, assim como de temas da promoção da saúde, em diferentes dimensões: a) nas instâncias de produção, circulação e recepção de produtos midiáticos; b) nos diferentes suportes midiáticos (impressos, televisivos e digitais), seja do ponto de vista de suas lógicas específicas ou de suas relações de interdependência; c) nos diferentes formatos narrativos, como (tele)jornalismo, novelas e outros gêneros ficcionais, publicidade, campanhas oficiais, manifestações em mídias sociais. Coordenadores: Janine Miranda Cardoso (ICICT/FIOCRUZ); Adauto Emmerich (UFES); Wedencley Alves Santana (UFJF)

A outra faceta desse tópico é o PET. O Programa de Educação Tutorial-PET, criado em 1979, esteve, durante 20 anos, sob o acompanhamento e avaliação da Capes. A partir do ano 2000, o Programa passou a ser vinculado à Secretaria de Educação Superior- SESu/MEC.

O Programa de Educação Tutorial é destinado a grupos de alunos que demonstrem potencial, interesse e habilidades destacadas em cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior. O apoio é concedido ao curso por um período indeterminado, e ao bolsista até a conclusão da sua graduação.

Tendo iniciado com apenas três grupos, a título de experiência, hoje conta com mais de 300 grupos espalhados em todo o país, envolvendo mais de 3.000 estudantes das redes pública e privada.

Os alunos são selecionados e ingressam no programa a partir do primeiro semestre do curso. Até o final da graduação, são comprometidos com vinte horas semanais de dedicação ao PET. Não podem ter reprovações curriculares, devem estudar uma segunda língua, ter capacidade de leitura, pesquisa, iniciativa, crítica, trabalho em equipe, expressão oral e argumentação. Além das atividades beneficiárias ao crescimento do grupo, o programa tem claros efeitos multiplicadores. Os bolsistas normalmente são modelos exemplares e catalisadores de interesse de colegas e as atividades promovidas pelo PET, de uma forma geral, beneficiam os outros alunos da graduação, a comunidade e a instituição. Os petianos promovem cursos, palestras e eventos para a graduação e comunidade, desenvolvem projetos de pesquisa e extensão, auxílio em conteúdos e disciplinas do curso, debates de assuntos contemporâneos, estudos em grupo, troca de experiências. O PET é integrado por grupos tutoriais de aprendizagem. O Programa busca propiciar aos alunos, sob a orientação de um professor tutor, condições para a realização de atividades extracurriculares, que complementem a sua formação acadêmica, procurando atender mais plenamente às

necessidades do próprio curso de graduação e/ou ampliar e aprofundar os objetivos e os conteúdos programáticos que integram sua grade curricular. Neste sentido, o objetivo é proporcionar uma melhoria da qualidade acadêmica dos cursos de graduação apoiados pelo PET. As atividades extracurriculares que compõem o Programa têm como objetivo garantir aos alunos do curso oportunidades de vivenciar experiências não presentes em estruturas curriculares convencionais, visando a sua formação global e favorecendo a formação acadêmica, tanto para a integração no mercado profissional como para o desenvolvimento de estudos em programas de pós-graduação. O Programa de Educação Tutorial constitui-se, portanto, em uma modalidade de investimento acadêmico em cursos de graduação que têm sérios compromissos epistemológicos, pedagógicos, éticos e sociais. Com uma concepção baseada nos moldes de grupos tutoriais de aprendizagem e orientado pelo objetivo de formar globalmente o aluno, o PET não visa apenas proporcionar aos bolsistas e aos alunos do curso uma gama nova e diversificada de conhecimento acadêmico, mas assume a responsabilidade de contribuir para sua formação pessoal, social, capacidade de liderança e organização de eventos.

O Programa de Educação Tutorial - PET Medicina UFC, fundado em 1992 e sediado atualmente no Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina UFC - Fortaleza (anteriormente, de 1995 a 1998, no Departamento de Patologia e Medicina Legal; e de 1999 a 2001, no de Medicina Clínica), é vinculado à Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério da Educação. O Programa tem como objetivo propiciar aos integrantes, sob a orientação da professora tutora Dra. Mariana Lima Vale, condições para a realização de atividades extracurriculares que complementem sua formação acadêmica e tragam melhorias para a graduação. O PET Medicina UFC atua diretamente com todo o tripé universitário, realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão, que são muito variadas e podem mudar de acordo com as necessidades observadas pelo grupo na graduação. Já passaram pela tutoria do PET os professores Dr. Pedro Magalhães, Dr. Armênio Aguiar e o D. Ronaldo Ribeiro, que ainda são ligados ao PET Medicina UFC e ajudam o grupo na qualidade de co-tutores. Atualmente (semestre 2013.2) o PET encontra-se atuado nos seguintes projetos: Estudo de Síndromes, Diagnóstico de Rua, Visita à Enfermaria, Discussão de Caso Clínico, Pesquisas em Nefrologia com a Dra. Elizabeth Daher, InterPet, Feira das Profissões, Projeto Hanseníase, Site do PET, Vídeos Didáticos e PET Doc (antiga

WikiPETia Médica). Para saber mais sobre o que fazemos, visite, neste site, a seção "Atividades".

### **3.14 A educação e a formação médica dos membros das Ligas Acadêmicas de Medicina da UFC**

O movimento dos estudantes de medicina, através da Direção Nacional dos estudantes de Medicina (DENEM) e da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM). As ligas não são centro acadêmicos ou mesmo programas especiais de treinamento; mas atuam e se situam, algumas vezes, no limiar dessas competências. Dado a intensidade com a qual vem ganhando espaço recente, tornou-se objeto de interessantes discussões acerca das relações entre a formação discente, a coordenação docente, o ensino, pesquisa e a extensão e de uma forma mais ampla: as políticas de educação voltadas ao campo do ensino superior em saúde.

### **3.15 Práticas socioculturais e políticas inscritas na educação médica**

O Caso Sabina, as pichações denunciando a violência no campus do Porangabuçu, os painéis denunciando práticas machistas e homofóbicas nos encontros brasileiros de educação médica, os trotes mortais e escandalosos na USP, o professor que ouvia sem estetoscópio e o ambulante que conserta estetoscópio prestando auxílio e serviço aos estudantes de medicina da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará são acontecimentos que estão distribuídos ao longo dos tópicos desse trabalho. Escavando o tema das movimentações e práticas dos estudantes de medicina encontramos em Pedro Nava duas observações que nos servirão de exemplo para ilustrarmos não apenas atividades extra-curriculares, mas ações e observações que mostram saberes e poderes que compõe a formação de estudantes de medicina para além do espaço acadêmico. Houve, por exemplo, morte em trotes e calouradas. Mas também houve mortes<sup>267</sup> por conta de agitações políticas europeias que influenciaram

---

<sup>267</sup> Veremos mais a frente esse lamentável episódio ao discutirmos a ANASEM. Pelo menos três casos de mortes envolvendo estudantes de medicina chegaram ao nosso conhecimento durante a pesquisa. Um suicídio de um estudante da UFC, a morte por afogamento numa piscina durante um trote e uma calourada na USP e a morte por erro médico de uma estudante da Federal de Santa Maria/RS.

o próprio Pedro Nava e repercutiram nos ânimos e motins dos estudantes de medicina anos depois noutra situação similar e mesmo a primeira greve médica no Brasil<sup>268</sup>.

Dentro do panorama da *belle époque* que é a produção jornalística de Antônio Salles não poderiam faltar os comentários sobre as execuções dos anarquistas Vaillant, guilhotinado na França nos fins do século XIX e Francisco Ferrer Guardia goyescamente fuzilado na Espanha nos princípios do século XX. Vá pelo Vaillant que era umm terrorista espalhando bombas. Mas a morte de Ferrer revolta até hoje porque ele foi espingado por crime de opinião, como ideologicamente responsável pelos motins anti-religiosos explodidos em Barcelona, quando do recrutamento de tropas para a conquista do Marrocos. Puro delírio de ideias pago com a vida, violência atrocíssima que revoltou as gerações moças de 1909, criando os mesmos motins que ajudei a promover em Belo Horizonte, entre estudantes e polícia, quando da eletrocução de Saco e Vanzetti ( à falta de outra coisa, apedrejouse o Colégio Isabela Hendrix, tendo a cavalaria acorrido às primeiras vidraças partidas ( NAVA, 1973-\* 261)

As práticas sócio culturais podem ainda serem pontuadas de um olhar de dentro para fora. Ou de fora para dentro. Sempre se ligando e promovendo uma leitura aberta acerca das discussões curriculares que se prendem e definham em torno de questões como a grade curricular ou a repetição monótona e exaustiva do tripé: ensino, pesquisa e extensão. Muitas vezes sem nomear suas práticas e atitudes, as ações vão além das definições mais vulgares. O que, por exemplo, como os estudantes usavam e faziam os “bondinhos” no tempo de Nava poderia nos levar a interrogar não só mais detidamente as viagens dos estudantes aos encontros nacionais e aos estágios no exterior . Mas a sua abertura frente a forma como um estudante de medicina observa e estuda os costumes de uma sociedade.

Se muito aprendíamos em nossas aulas, mais aprendíamos do mundo, dos médicos, da vida médica, da cidade em geral e de mulheres – nos *bondinhos* que fazíamos sentados nos degraus da escadaria da faculdade, na beira dos canteiros, sempre renovados e sempre destruídos, nos passeios, devagar, pelos corredores, nas longas horas em que ficávamos no pátio olhando seu movimento e o da rua. (NAVA, 1976; 330)

Imagine-se aí o que um estudante de medicina de uma Universidade, como a Federal do Ceará, não pode aprender em toda a riqueza e multiplicidade fenomênica observando o intenso fluxo de pacientes e transeuntes que utilizam os equipamentos da

---

<sup>268</sup> Escreve Nava no seu Círio Perfeito a partir de seu alter ego literário, José Egon Barros da Cunha. “ O Egon sempre que se referia esse caso dizia que o protesto dele e dos colegas era historicamente senão a primeira greve médica do Brasil – pelo menos sua primeira *parede*. E para acabar com esse caso digamos que a promessa dos doutores foi cumprida e que o comarcado teve de deixar de sê-lo também de Monte Aprazível. Foi substituído no rodízio por seu colega de Jabuticabal” ( NAVA, 1983: 266)

UFC tais como os hospitais universitários, os ambulatórios, as maternidades, os comércios de vendedores ambulantes. E daí partir para observações mais intensivas à cidade como vimos na disciplina de Bioética ministrada pelo professor Ursino Neto em que as impressões dos estudantes sobre diversos aspectos citadinos foram anotados e discutidos. Deles, um marcou a minha atenção. Um trabalho sobre o “ Sapateiro Alves”, personagem folclórico da cidade que manteve um comércio próximo ao terminal de ônibus do Papicu e grafava dizeres e provérbios pessoais cheios de sabedoria e graça lembrando mesmo à distância personagens mitológicos como os de Carlo Ginzburg<sup>269</sup>.

A percepção pode ser invertida. Ou seja, de fora, para dentro. No relato bem-humorado e ousado da grafia de símbolos químicos durante provas e exames subvertidos e colados. Toda uma aritmética para ser aprovado após uma reprovação é passada a limpo.

Tirado o ponto caíram o cobre, o glicogênio e o inevitável estequiométrico. Resolvi bem este último, dissertei sobre o cobre, tendo a malícia de jamais escrever esse nome mas de usar sempre o seu belo símbolo químico – Cu. Caprichava na caligrafia e era Cu praqui. Cu pralá, Cu isso, Cu aquilo. Por via das dúvidas coleí primorosamente o glicogênio, transcrevendo verbatimíssimo as páginas arrancadas do Pecegueiro. Reli a prova antes de entregar e essa lambida na cria tranquilizou-me completamente. Aquilo era coisa pra dez ou nove. Antes da oral, o Jurandir nos segredou as notas – a minha tinha sido 6. Respirei aliviado. Seria impossível não fazer mais dois pontos, igual a oito que dividido por dois dava simplesmente quatro. Enfrentei a mesma banca do outro ano. (NAVA, 1979:126)

Exercitado, no segundo capítulo, considerações mais atentas ao universo da Ligas Acadêmicas e de outras algumas experiências estudantis, faremos agora, no terceiro capítulo, uma abordagem de alguns saberes e poderes que atravessam essas experiências.

Encerrando esse capítulo e esse tópico e preparando o terreno para a discussão do terceiro capítulo, vamos conferir dois exemplos de práticas profissionais vistas sob a égide das condições sociais, políticas, econômicas culturais que a inscrevem no mundo das redes sociais da comunicação e da informação. O primeiro exemplo é da prática de selfies no ambiente de trabalho, tais como fotografias após

---

<sup>269</sup> Ver “O Queijo e os Vermes” do autor italiano sobre o moleiro Menocchio, um moleiro do norte da Itália, que no século XVI “ousara afirmar que o mundo tinha origem na putrefação”. GINZBURG, Carlo. **O Queijo e os Vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

cirurgias e partos, e uma resolução do Conselho Federal de Medicina sobre o tema<sup>270</sup>. Medidas normativas sobre a relação dos médicos com a produção, o consumo, a distribuição e a circulação de propagandas oriundas ou ligadas à Indústria Farmacêutica também são ativadas. A discussão nos remete aos limites e aos limiares do visível e do invisível no campo médico. Curioso paradoxo nesses tempos da tecnologia das imagens médicas de altíssima resolução<sup>271</sup> em que o debate sobre as formas e conteúdos inscritos na relação médico-paciente volta e é sempre tematizada. .

O Conselho Federal de Medicina (CFM) alterou as regras que definem a conduta dos profissionais da área em relação às redes sociais e à divulgação do trabalho que realizam. Segundo a resolução 2.126/2015, **os médicos não poderão publicar selfies em situações de trabalho**, como durante a realização de procedimentos médicos, nem fazer a divulgação de imagens de "antes e depois", utilizadas especialmente por especialistas que fazem intervenções estéticas. As normas, que ainda serão publicadas no Diário Oficial da União, alteram resolução de 2011 e foram reformuladas após a reclamação de pacientes que sentiram que tiveram a privacidade violada. "Tivemos pessoas incomodadas com alguns tipos de ação que feriam a privacidade e a intimidade, que são direitos constitucionais. Não foi fácil chegar a essa redação, mas conseguimos dar forma aos anseios da sociedade", diz Emmanuel Fortes, diretor de fiscalização do CFM. Casos de fotografias durante cirurgias e após partos, mostrando os pacientes inclusive em situações constrangedoras motivaram a mudança. "Antes da edição da resolução, teve a imagem de um profissional segurando um bebê e, ao fundo, a mãe na posição de parto e com o cordão umbilical ainda nas partes íntimas. Isso viola a intimidade e temos de garantir isso aos pacientes." A proibição do "antes e depois" tem como objetivo proteger o paciente de técnicas que podem trazer resultados inesperados. "Nossa preocupação é que o médico não pode garantir resultados. O paciente precisa saber que nem sempre vai ter aquilo que o 'antes e depois' acaba induzindo, principalmente em procedimentos estéticos e dermatológicos." **Propaganda.** As novas regras determinam ainda que os médicos não vão poder fazer propagandas de produtos e empresas, assim como de técnicas não reconhecidas pelo CFM. **Outra ação que está na mira do conselho é o uso das redes sociais para a divulgação do trabalho de profissionais por meio de elogios de pacientes.** "Descobrimos que pacientes faziam reiterados agradecimentos aos médicos, mas era um acordo entre médico e paciente para fazer a divulgação e angariar clientela." Em entrevistas, os médicos não deverão divulgar endereço e demais contatos de seu local de trabalho. "Ele deve falar sobre o que é útil à sociedade", diz Fortes.

---

<sup>270</sup> Matéria publicada em 28 de setembro de 2015. “ Conselho Federal de Medicina proíbe médicos de publicarem selfies em situações de trabalho”. Ver [http://www.brasilpost.com.br/2015/09/28/medicos-proibidas-selfies\\_n\\_8207248.html](http://www.brasilpost.com.br/2015/09/28/medicos-proibidas-selfies_n_8207248.html)

<sup>271</sup> Ver DUMIT, Joseph. **Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity**. New Jersey: Princeton University Press, 2004. Ver ainda. FISCHER, Michael. **Futuros Antropológicos: redefinindo a cultura na era tecnológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. E o interessante livro de FLUSSER, Vilém. **O universo das imagens técnicas**. São Paulo: Annablume, 2008.

O outro exemplo se inscreve no campo do biodireito<sup>272</sup>, da bioética<sup>273</sup> e da atuação médica. O que chama a atenção nessa matéria é que ao final da mesma é sugerido um aplicativo, um dispositivo comunicacional a partir do qual o médico pode baixar virtualmente decisões, práticas e condutas éticas. O dito rashtagueado é o seguinte “Whitebook é o aplicativo número 1 na tomada de decisão clínica. Baixe Gratis!”. Sob o rótulo do conhecimento médico é dito que “Evolua seu conhecimento médico. Mantenha-se atualizado<sup>274</sup>”. Recebemos assim uma “informação médica atualizada quando e onde você precisa<sup>275</sup>”.

As relações entre a Ciência, a Medicina e o Direito movimentam todos esses campos. Lembramos aqui, por exemplo, uma mudança no estatuto epistemológico da morte. Do ponto de vista médico e jurídico, o que define atualmente a morte de um ser humano é a incapacitação ou morte do cérebro e não mais a parada cardíaca. O eixo epistemológico da questão migrou assim do coração para o cérebro<sup>276</sup>. Voltemos agora ao texto e vamos sondar essas supostas melhores condutas médicas.

Nova regra aprovada pelo plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece que, a partir de agora, pacientes podem registrar a quais procedimentos não querem ser submetidos no fim da vida<sup>277</sup>. A **diretiva antecipada de vontade**, também conhecida como testamento vital, permitirá que a equipe médica tenha o suporte legal e ético para cumprir os desejos dos pacientes. As regras estabelecem critérios sobre tratamentos considerados invasivos ou dolorosos, em casos nos quais não exista possibilidade de recuperação. Dessa forma, o paciente que optar por fazer o registro poderá definir, junto com seu médico, os limites de terapêuticos na fase terminal, como por exemplo se quer procedimentos de ventilação mecânica ou mesmo a reanimação na ocorrência de parada cardiorrespiratória. **Crítérios:** O registro será formalizado em prontuário. Ele é facultativo e poderá ser feito, modificado ou revogado em qualquer momento da vida, até mesmo por aqueles que gozam de perfeita saúde. Qualquer pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, ou emancipado judicialmente, que esteja em pleno gozo

---

<sup>272</sup> Inscrito no campo do Direito Civil, ver DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 7 ed (Revista, aumentada e atualizada de acordo com o novo Código de Ética Médica – Resolução do CFM n. 1.031/2009). São Paulo: Saraiva, 2010. Ver ainda TARDE, Gabriel. **As Transformações do Direito: estudo sociológico**. São Paulo: eBookLibris, 2002. Ver ainda FERNANDES, Atahapla. FERNANDES, Marly. **Neuroética, Direito e Neurociência: conduta humana, liberdade e racionalidade jurídica**. Curitiba: Juruá, 2008.

<sup>273</sup> Ver SCHRAMM, Fermin Roland. **Três Ensaios de Bioética**. Rio de Janeiro: Fiocruz 2015.

<sup>274</sup> Ver <http://www.pebmed.com.br/2016/09/02/nova-regra-do-cfm-permite-que-pacientes-definam-os-limites-terapeuticos-na-fase-terminal/>

<sup>275</sup> Ver [http://whitebook.pebmed.com.br/?\\_branch\\_match\\_id=313057079707728528](http://whitebook.pebmed.com.br/?_branch_match_id=313057079707728528)

<sup>276</sup> Ver ORTEGA, Francisco. **O Sujeito Cerebral e o Movimento da Neurodiversidade**. Mana. 14(2). 477-509, 2008.

<sup>277</sup> Ver MOLLER, Letícia Ludwig. **Direito à Morte com Dignidade e Autonomia: O Direito à Morte de Pacientes Terminais e os Princípios da Dignidade e Autonomia da Vontade**. Curitiba: Juruá, 2012.



de suas faculdades mentais, poderá fazer a diretiva antecipada da vontade. Menores de idade não estão autorizados. Os pais não podem fazer o registro em nome dos filhos, então, nesse caso, crianças ou adolescentes devem esperar até completar 18 anos. Pela resolução, o testamento vital poderá ser feito pelo médico assistente em sua ficha médica ou no prontuário do paciente, desde que expressamente autorizado por ele. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas. ***Veja a resolução completa do CFM aqui. As melhores condutas médicas você encontra no Whitebook. Baixe o aplicativo #1 dos médicos brasileiros. Clique aqui!***

Ao lado de outras matérias envolvendo eutanásia e suicídio assistido no Brasil e no mundo<sup>278</sup>, uma outra curiosa<sup>279</sup> movimentação social, cultural e política diz respeito as tatuagens médicas<sup>280</sup>. Diante da pergunta: *as tatuagens médicas têm algum efeito legal*<sup>281</sup>?, lemos que:

Você já ouviu falar de tatuagens médicas? Elas são uma nova tendência nos Estados Unidos. Pacientes e até médicos estão tatuando ordem de não ressuscitar ou autorização para doar órgãos na pele, para garantir que seus desejos sejam respeitados. Mas essas tatuagens têm algum efeito legal? Nos EUA, onde tatuagens médicas são cada vez mais comuns, equipes de emergências e médicos não são obrigados a respeitá-las. Para pacientes responsivos, a tatuagem pode provocar uma conversa sobre objetivos, valores e preferências, mas para pacientes em emergência, na ausência de um documento oficial de não ressuscitar, por exemplo, os médicos devem prosseguir com a tentativa de reanimação. No Brasil, as ordens de não-ressuscitação ainda não possuem amparo legal. Os médicos devem realizar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e intervenções para prolongar a vida em todos os pacientes. Eles só podem deixar de executar todas as medidas se a morte é óbvia. Um recente estudo sobre qualidade de vida mostrou que pacientes consideram que algumas condições são ‘piores que a morte’. Por isso, é muito importante conversar com seu paciente sobre suas preferências e garantir que hajam documentos legais que reforcem seu posicionamento.

É mantendo em perspectiva esses deslocamentos e mudanças culturais, sociais, políticas e econômicas é que encerramos o segundo capítulo e adentramos no terceiro momento de nossa discussão.

---

<sup>278</sup> Ver <http://www.pebmed.com.br/2016/08/31/tatuagens-medicadas-tem-algum-efeito-legal/>

<sup>279</sup> Espero não transmitir ao leitor a sensação de indelicadeza e indiferença perante esses temas ao justapô-los e elenca-los em sequência. Caso alguém tenha interesse em ver a naturalidade com a qual esses temas são tratados no campo médico ver a obra de Pedro Nava ou ainda páginas do facebook tais como a ‘Anatomia da Depressão’.

<sup>280</sup> Sobre as relações entre grupos, tatuagens e sociedade, ver TARDE, Gabriel. **A Criminalidade Comparada**. Rio de Janeiro: Editora Nacional do Livro, 1957. Sobre gírias médicas, ver PETERSON, Christopher. **Trambiclinicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre gíria médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Ver ainda FISCHER, Michael. **Futuros Antropológicos: redefinindo a cultura na era tecnológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

<sup>281</sup> Ver <http://www.pebmed.com.br/2016/08/31/tatuagens-medicadas-tem-algum-efeito-legal/>

#### 4 NARRATIVAS MÉDICAS EM CONTEXTO: CORPO, GÊNERO, VIOLÊNCIA, SABERES E PODERES CIENTÍFICOS, POPULARES E ANCESTRAIS

No terceiro capítulo as narrativas dos membros das ligas acadêmicas de medicina, objeto maior desse estudo, assumirão o seu devido lugar na pesquisa. É nele que os estudantes aparecem mais diretamente ao texto da pesquisa. Foram alinhavados depoimentos de estudantes de medicina a nível local e nacional<sup>282</sup>.

Um diálogo com a leitura de Marylin Strathern sobre o perspectivismo de Eduardo Viveiros de Castro foi importante para fazer emergir as filigranas mais espessas de significação sob a volatilidade do suporte oral e digital. A polifonia de Bakhtin é atualizada através da antropologia polifônica de James Clifford. São múltiplas as vozes que atuam e atravessam as crenças e os desejos dos graduandos em Medicina. Esses discursos em rede atuam em forma múltipla e multiprofissional atentos às questões multifatoriais. Por essa razão, os saberes e poderes científicos, populares e ancestrais. Da caça as bruxas medievais à inquisição portuguesa, as artes e ofícios de curar vivenciados durante as passagens e as paisagens sociais, políticas e culturais da colônia, o império e a república por charlatães, curandeiros e médicos, as feitiçarias, os conhecimentos indígenas e as formas bélicas como essas estruturas de significação foram se sedimentando ao longo da institucionalização do imaginário médico são tematizados pela sua atualidade e relevância.

As expressões verbais, as gírias e idiosincrasias coloquiais e gramaticais e prosódias, os ritmos, os termos, as entonações, as intenções, as performances e as

---

<sup>282</sup> Destacamos aqui um depoimento autobiográfico de Stuart Hall sobre um fato ocorrido em sua família e que teve impacto na sua visão de mundo, na sua formação acadêmica e universitária. O acontecimento envolveu sua irmã e um estudante de medicina. “ Quando fiz dezessete anos, minha irmã teve um colapso nervoso. Ela começou um relacionamento com um estudante de medicina que veio de Barbados para a Jamaica. Ele era de classe média, mas era negro e meus pais não permitiram o namoro. Houve uma terrível briga em família e ela, na verdade, recuou da situação e entrou em crise. De repente me conscientizei da contradição da cultura colonial, de como a gente sobrevive à experiência da dependência colonial, de classe e de cor e de como isso pode destruir você, subjetivamente.” ( HALL, 2008:390) VER HALL, Stuart. **Da Diáspora: Identidades e Mediações Culturais**. Organização LIV SOLIK. Belo Horizonte: UFMG, 2008. É necessário aprofundar e tematizar a presença de estudantes negros nos cursos de medicina públicos e privados no Brasil. Durante a nossa pesquisa, raros estudantes negros foram encontrados. Alguns coletivos feministas e negros composto por estudantes de medicina atuam e encampam essa temática como reivindicação política, social e cultural. Ver, por exemplo, a denúncia do Coletivo NegroX às fraudes no sistema de cotas em algumas universidades e faculdades baianas. <http://agenciabrasil.etc.com.br/direitos-humanos/noticia/2016-03/coletivo-denuncia-fraudes-no-sistema-de-cotas-para-medicina-na-Bahia> . Matéria de 29 de Março de 2016 no portal da Agência Brasil.

vibrações do “falar médico” são levados em consideração histórica e institucional nesse segmento do capítulo. Promovendo uma escuta sensível, Patrícia Tempsi nos impressionou com a delicadeza com a qual recortou múltiplos registros escritos das narrativas da saúde.

Dada à posição estratégica que o discurso médico assume em nossa sociedade, as lógicas de argumentação, a potência e o discurso médico na educação médica serão sondadas nesse tópico. Qual a relação dos médicos com os demais profissionais da área de humanas, no caso especial, com os educadores?

A preocupação com as questões relativas ao corpo, ao gênero e à violência na Educação Médica, a medicalização do corpo feminino e o papel das mulheres na medicina se dá por conta de vários fenômenos e situações observadas em campo. Pixações relatando casos de violência e estupro em muros do campo de Porangabussu em Fortaleza, performances e murais realizados durante o 53 Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM). O ponto máximo dessas narrativas são as denúncias acerca de estupros, práticas homofóbicas, machistas e assédio moral de professores em relação às alunas é o foco desse intrigante e polêmico retrato da formação médica nos dias atuais. Além disso, áreas como a Ginecologia, a Pediatria e a Obstetrícia podem levar ao cabo e ao fim a questão de gênero na teoria e na prática médica e da sua formação, por conseguinte.

Casos históricos como o Dr. Abel Parente que transversalizou a prática de esterilização e contracepção das mulheres – bem antes da pílula – é um exemplo disso. Como dissemos numa hipótese de pesquisa que tangenciam esse trabalho a questão de gênero nas relações de saber e poder na educação médica.

Durante o 53 Encontro Brasileiro de Educação Médica podemos avaliar de forma mais intensa a questão do gênero nas relações de saber e poder na educação médica. Foi feito um mural numa área e num espaço central do evento. Nele foram escritas e performatizadas várias denúncias de abusos, assédios e violências cometidas por professores e alunos diante das alunas e colegas do curso de Medicina. Os relatos chamaram a atenção para a temática durante o evento. Uma mistura de desconforto e sensação de liberdade pairavam no ar. O desconforto causado por conta da denúncia e a sensação de liberdade ativada pela possibilidade de materializar aquele tipo de denúncia.

Vamos iniciar o capítulo o posicionamento de uma estudante publicado num grupo do WhatZap que compôs o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina. Postada no dia 23 de Setembro, a mensagem diz respeito ao dia mundial da visibilidade bissexual. Atenção à crítica “interna” ao movimento LGBT. Na passagem podemos apreciar o sintético elenco dos conceitos esposados nesse capítulo: corpo, gênero, violência e os saberes e poderes que os circunscrevem<sup>283</sup>.

23 de Setembro, hoje, é dia da visibilidade bissexual. Vivemos em uma sociedade heteronormativa que normaliza a monossexualidade colocando pessoas bissexuais na marginalização. Muitas vezes essas pessoas sofrem retaliação do próprio movimento LGBT que apaga sua existência e cria um falso critério de normalidade. Para tanto, precisamos dar destaque a essa temática e construir coletivamente uma alternativa libertária de mundo. Uma alternativa que supere a imposição das monossexualidades e nos dê liberdade para sermos quem somos e gostarmos de quem gostamos. Ajude a promover a visibilidade trocando sua foto de perfil no link “visibilidade bissexual”.

Vejamos como essa polifonia e esse perspectivismo operando de um ponto de vista mais atrelado a vivência e a participação de uma outra estudante de medicina.

#### 4.1 Polifonia e perspectivismo nas narrativas estudantis médicas

Dialogamos nesse tópico com James Clifford,<sup>284</sup> Patrícia Tempski<sup>285</sup> e Marilyn Strathern<sup>286</sup> sobre a questão da polifonia e do perspectivismo nas narrativas estudantis médicas. É com Letícia Cazuza, Acadêmica do sexto ano de

---

<sup>283</sup> Elencamos abaixo duas autoras contemporâneas que discutem o tema do corpo, gênero, violência e os saberes e poderes que os atravessam numa perspectiva pós-foucaultiana. Nesse sentido, ver a discussão de Beatriz Preciado sobre o Capitalismo Farmacopornográfico e suas relações com a Medicina. PRECIADO, Beatriz. **Manifesto Contrassexual**. São Paulo: N-1 edições, 2014. Ver ainda BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. Uma curiosa tentativa antropológica e histórica de perceber a constituição dos sujeitos nas sociedades com estado e o papel das lutas minoritárias nesse cenário civilizatório pode ser visitada noutro livro de BUTLER. BUTLER, Judith. **O Clamor de Antígona: parentesco entre a vida e a morte**. Florianópolis: UFSC, 2014. Finalmente, Donna Haraway mescla uma discussão da Antropologia da Ciência, gênero e saberes e poderes que os atravessam num livro clássico em que a Medicina também é implicada. HARAWAY, Donna. **Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX**. IN. TADEU, Tomaz.(org) Antropologia do Ciborgue: As vertigens do pós-humano. São Paulo: Autêntica, 2009. Pp 35-118.

<sup>284</sup> Ver. CLIFFORD, James. **A Experiência Etnográfica: Antropologia e Literatura no século XX**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008

<sup>285</sup> Ver. TEMPSKI, Patrícia (org). **Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados: humanização das práticas de ensino e de cuidado em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014.

<sup>286</sup> Ver. STRATHERN, Marilyn. **O Efeito Etnográfico e Outros Ensaio**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

Medicina<sup>287</sup> da Universidade Federal de Campina Grande, campus Campina Grande, que iniciamos esse diálogo. Ele envolve etnografia, narrativas de vida no campo da saúde, história oral, polifonia e perspectivismo. O papel social do médico e o impacto de disciplinas como “Sociologia da Saúde” são mencionados.

Eu entrei na faculdade na metade de 2010. Primeira coisa importante: sou Pernambucana e minha universidade fica na Paraíba, logo, não moro com meus pais.

O curso de medicina tem 6 anos de duração e para concluir o ele faz-se necessário pagar cadeiras optativas e minha universidade não tinha muitas opções para estudantes do básico então tive que fazer uma matéria intitulada: "sociologia da saúde"<sup>288</sup> no curso de psicologia.

Apesar de ter parentes na área de saúde, nunca tinha refletido sobre algumas questões sociais e muito menos discutido política fora das minhas aulas de história, literatura ou português do ensino médio. Lá foram discutidos os mais distintos temas sobre os mais diversos aspectos que giram em torno da saúde e isso me fez questionar sobre o meu papel social enquanto futura médica. Naquela mesma época, fui convidada por um amigo da turma para participar do evento da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) que ocorreu em Uberlândia em 2011. Foi um evento fantástico, em que me fez questionar o papel da Universidade, do estudante de medicina, a importância das relações sociais na formação da consciência.

Quando voltei, senti a necessidade de uma atuação mais frente a comunidade, entender melhor essas demandas e conheci um população que se abrigava perto de um lixão, catadores de lixo.

Visitei o local, conversei com eles para entender as suas demandas e planejei com minha orientadora um projeto de extensão com o intuito de tentar auxiliar no processo de formação da consciência daqueles trabalhadores sobre a importância de organização, saúde, educação, acesso ao lixo, na tentativa de incentivar a reivindicação de direitos de saúde, trabalho, educação. Criamos o projeto mais o mesmo, infelizmente, não foi aprovado. Buscamos respostas e nos foi indagado que aquilo não era extensão. Foi naquele momento que comecei a fortalecer o meu discurso sobre o que é universidade e o seu papel social.

Passei a acumular sobre os temas em torno da educação, extensão e universidade populares.

Realizei um Estágio Interdisciplinar de Vivência (EIV) em 2012, em que eu passei um mês estudando sobre cultura, discutindo saúde, educação e morei em uma comunidade da Pastoral da Terra onde passei a conviver com os

---

<sup>287</sup> Um dos estudantes que colaboraram na pesquisa postou a alegria de estar concluindo a sua graduação em sua página de Facebook. Entra a 112 turma. Sai a 108. Junto a postagem, uma foto com a turma tirada no campus do Porangabussu da UFC. Disse JM, entre o dias 13 e 14 de outubro de 2016. “Podem ir entrando porque eu já tô saindo! Muito feliz em estar concluindo a graduação com essa turma! #entraesai #sai108 #entra112 #podepassar #vaiqueétua “

<sup>288</sup> Ver NUNES, E. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2007. Dois clássicos precursores da chamada Sociologia da Saúde e da Antropologia da Saúde podem ser visitados nas obras de Engels e Evans-Pritchard. São consideradas investigações pioneiras, muito embora os autores não as tenham produzidos sob essa alcunha. ENGELS, Friedrich. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010. EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

moradores, realizar suas atividades, sempre prezando pelo princípio da não intervenção já que minha passagem era breve.

Em 2012 ainda, me tornei Coordenadora de Extensão Universitária (CExU) na DENEM. Ao logo do ano, viajei para diversos estados, conhecendo projetos de extensão, dentro e fora da medicina, procurando saber o que foi realizado, acertos, erros e reflexões sobre como aprimorar esses projetos. Retornando dessas viagens, 3 meses depois (período referente à greve de 2012 nas federais), percebi que muitos sofriam dificuldade de inserção do seus projetos, outros não criavam educadores populares e quando o projeto acabava não tinha processo de continuidade, não buscavam fazer resgate histórico para auxiliar na identidade cultural deles, alguns não faziam formação política. Foi possível perceber também que muitos projetos nem eram extensão, era projetos de pesquisa que não tinham sido aprovados nos programas destinados a esta modalidade, outros eram projetos assistenciais. Juntei-me frente aos outros coordenadores da CExU e criamos Rede de Ajuda nas Locais de Extensão Universitária (RALExU) para debater extensão e divulgar o que tava sendo feito em cada universidade, foi inclusive criado uma cartilha sobre extensão popular, um edital para projetos de extensão com o intuito de criar um banco de dados que as pessoas pudessem acessar e conhecer os projetos Brasil a fora, um Encontro de Capacitação em Extensão Universitária (ECExU) para que fosse possível reunir pessoas que faziam extensão e discutir o porquê de fazer daquela forma, se o que estava sendo feito era realmente extensão, como aprimorar, como divulgar as coisas boas, além da conversa sobre extensão, nesse encontro seria possível conhecer um projeto de extensão na cidade local que realizou o evento.

A primeira cidade a receber o evento foi Florianópolis (2012), seguida de Salvador (2013), São Paulo (2014) e Campinas (2015).

Nos eventos tinha o "você curte CURTAS?", um espaço de discussão que era criado a partir de documentários ou vídeos similares, atividades com o teatro do oprimido e oficinas de agitação e propaganda, tudo, formas de fazer melhorar o debate em torno da extensão e de ajudar a sensibilizar o estudante das universidades.

Ao término da gestão de 2012, decidi me reeleger para continuar o trabalho iniciado, criamos outra cartilha, fizemos debates online, outro ECExU e minha saga na DENEM se encerrou.

Na minha local, participei de alguns projetos de extensão, mas dediquei boa parte dos meus esforços nacionalmente devido à dificuldade de inserção, o não reconhecimento do professor(a) que trabalhava nessa área e a dificuldade de juntar estudantes que quisessem participar de atividades extensionistas. Em seguida, segui com minha carreira acadêmica, participando via online de reuniões, indo para os eventos da DENEM e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) nas férias, sempre tentando acumular sobre o tema, com a certeza de que pequenas coisas fazem a diferença. Por fim, queria dizer que não foi só uma aula de sociologia da saúde, um evento da DENEM, um EIV, estudo, viagens, debates. Foi um trabalho de formiguinha, cansativo, árduo, mas prazeroso. Conheci ao longo desses anos, pessoas incríveis, que lutam todos os dias por melhores universidade e sociedades, estão aos montes pelo Brasil.

Se foi fácil? Não, mas eu tenho total certeza de que faria tudo novamente.

## 4.2 Potência e discurso na educação médica

É que ao lado dessas assertivas, e como lacanianamente coloca Jean Clevreul<sup>289</sup> o discurso é atravessado pela relações de poder e de impotência que atravessam a ordem médica. Vamos colocar um espelho diante de um personagem que participou ativamente da vida médica do país ao longo de 6 décadas abrindo uma vereda num contexto comumente sobrecodificado pelo aspecto corporativo. O autor problematiza ainda as relações de autores como Michel Foucault<sup>290</sup> e Georges Canguilhem com o campo médico e a verdadeira dificuldade na Medicina. Uma passagem importante e estratégica. Nela, a ideologia médica e a ordem médica são os alvos da problematização.

Incidência não negligenciável: todos os psiquiatras leram a *História da Loucura*. Nenhum médico, ou quase nenhum, leu o *Nascimento da Clínica*. Por esse destino junto aos médicos, o livro de Foucault se reúne ao trabalho de Canguilhem<sup>291</sup>, unanimemente estimado pelos filósofos e praticamente desconhecidos pelos médicos. Esse livro, mais preocupado com a metodologia médica que com qualquer outra coisa, não deixa, entretanto, de indicar o que constitui a verdadeira dificuldade da medicina: *a doença, adquirindo um estatuto científico, separa-se cada vez mais do que o interessado sente dela*. É o que havia conduzido Leriche a distinguir a “doença do doente” da “doença do médico”. Canguilhem retoma com cuidado esta corajosa posição de Leriche que ia em cheio de encontro à ideologia médica. Mas, essa distinção, no entanto, não contradiz o que instaura a Ordem Médica. (CLAVREUL, 1983; 44)

Justaposta à ideologia médica e a ordem médica, lado a lado das relações de saber e das relações de poder, da vontade de saber foucaultiana e da vontade de poder nietzschiana, Pedro Nava coloca patriarcalmente a questão da *vontade de poder* como inscrita no universo geracional das relações médico-paciente. Diz ele no Galo das Trevas arriscando uma coragem e uma vontade de verdade. A questão da sexualidade,

---

<sup>289</sup> Ver. CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

<sup>290</sup> Sobre uma crítica mais sistemática à obra de Foucault, ver. MERQUIOR, José Guilherme. **Michel Foucault ou o niilismo de cátedra**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. A longa tradição de investigações científicas no campo da saúde que se valem do corpus teórico de Michel Foucault e Georges Canguilhem – tal como o Instituto de Medicina Social da UERJ no Brasil - fragiliza essas posições.

<sup>291</sup> O autor se refere a obra “O Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem. Nessa obra o autor, dentre outras ponderações, realiza uma importante distinção entre *norma* e *média* no escopo das relações entre fisiologia, patologia, biológica e estatística. Sobre a atualização desse debate em termos epidemiológicos, ver CZERESNIA, Dina. **Categoria Vida: reflexões para uma nova biologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.



das relações de amizade, as relações de poder e a perspectiva geracional entre aqueles que compõe a classe médica é entrelaçada num testemunho e desabafo de Nava. Ao final, o capital da simpatia do médico memorialista é auto avaliado.

Perdemos, com a perda da mocidade, o prestígio sexual que é – ele também - motivação do *transfert* do doente para o médico. Muito da devoção de uma cliente pelo doutor é atração (às vezes não percebida) da mulher pelo macho Vontade de foder. Dirão que a clínica não é feita só de mulheres e como? explicar a equivalência desse sentimento no paciente do sexo masculino. Ora, pelo mesmo motivo pois no relacionamento de homem para homem, no estabelecimento de uma confiança, de uma simpatia, de uma amizade - entra muito do terreno neutro da sexualidade, de uma espécie, digamos, dessa homossexualidade subclínica que habita os confins de todos. E na medida da diminuição do poder do médico – o poder de distribuir lugares, mandar doentes, traficar influências mesmo dentro da decência – crescem a audácia e a impertinência no círculo que vai nos devorar (...) Todo médico velho experimenta isto, morde esse pão cheio de terra e cinza, mas muito raros são aqueles que como eu têm a coragem de dizê-lo. Continuam ostentando o brilho das condecorações, dos títulos, dignidades, medalhas, prêmios, diplomas acadêmicos, - que não valem nada e que são só como a casca madreporica, brilhante e multicolor do caramujo que é cheia de cintilações opalescentes por fora, mas dentro da qual habita apenas a memória dum bicho que já morreu (...). Sou antipático e antipatizado. Entretanto levei vida profissional inatacável, honrei meus pares e essa consciência de sua desestima não é a menor de minhas amarguras, nem dos cortes nas minhas veias abertas. (...) Realizei o tipo *agredido- agressor*, símile do perseguido-perseguidor. Mas...as dentadas e patadas que sofri terão sido para valer? Ou eu, como agredido, aumento o valor do agressão, enquanto a sola que pisou meu calo nada sente. Fico perplexo e a me perguntar se não serei? Um ultradesconfiado a tomar sempre a nuvem por Juno. Será? Que acuso sem razão ou que a razão está com os que não gostam de mim dentro da classe. Diz-me o contrário e me tranquiliza o fato de eu ter gozado da prerrogativa de mutualizar amizade com pessoas cuja estima é um verdadeiro grau moral (NAVA. 2005; 86-7).

### 4.3 Corpo, gênero e violência na Educação Médica

Casos históricos como a acerba polêmica que envolveu o Dr. Abel Parente mostram as explosivas relações entre a medicina, a sociedade, o corpo<sup>292</sup>, o gênero e a violência. O saber obstétrico e ginecológico se cruzando historicamente e fazendo emergir e circular saberes e poderes sociais, culturais, políticos e econômicos<sup>293</sup>.

---

<sup>292</sup> Ver DEL PRIORE, Mary. AMANTINO, Márcia (org). **História do Corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011.

<sup>293</sup> Abel Parente desenvolveu um método de esterilização das mulheres em 1893. Frente a possibilidade dessa anticoncepção abrir terreno à liberação libertina do comportamento sexual feminino – terrível agressão à Tradicional Família Brasileira e as forças da inércia do status quo de então, médicos, associações sociais, políticas e culturais combateram a política ginecológica e obstétrica do médico italiano radicado no Brasil em nome da “moral e dos bons costumes”. RODHEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. Pedro

Relatos e fragmentos de histórias reais vividas por mulheres que frequentaram de forma pioneira os bancos das faculdades de medicina do país também são impregnados de relações de poder e de gênero tentam escapar as oposições binárias que acabariam reproduzindo as mesmas distorções as quais pretendem criticar<sup>294</sup>.

Retomadas são também a história da civilização e dos períodos históricos da antiguidade, da idade média, moderna e contemporânea a partir do reconhecimento do poder e do saber feminino, da caça as bruxas na idade média, do nascimento da medicina feminina na América do Norte, na Europa, mundo afora. O papel das mulheres em períodos de guerra e todas as intrigas e bastidores que envolvem a sua atuação e participação no mundo da saúde, da enfermagem e da medicina abrindo inúmeros outros focos e enfoques para a leitura dos fenômenos que vem atravessando a civilização.<sup>295</sup>

A história complexa e descontínua envolvendo os conflitos entre a história medieval da caça às bruxas e as tentativas de extinção das parteiras e curandeira ressoando na exclusão das mulheres das práticas médicas, a emergência de práticas obstétricas e tecnológicas, a suspeição sobre os saberes tradicionais das parteiras e das curandeiras, o processo histórico de hospitalização do parto, a medicalização do corpo feminino e o debate nas escolas médicas sobre a condição feminina durante o

---

Nava também menciona Abel Parente. Ele inscreve o caso situando-o no contexto histórico da produção jornalística de Antônio Salles, seu tio. A tecnologia, o militarismo, as agitações políticas, a crítica a postura de Campos Salles, a ciência, a cultura e outros eventos ligados a saúde também são destacados: “Toda a *Belle Epoque* se espalhando e espocando fatos nas crônicas de Salles. O Marechal Bittencourt na ponta do punhal de Marcelino Bispo, o invento Abel Parente, o pasmo da sociedade pudica vendo Francisco de Castro acorrendo em sua defesa!, a operação de Chapot – Prevost e o novo século logo coberto de luto pela morte do citado grande Castro (...) o aparecimento sensacional de *Canaã*, de Graça, e de *Os Sertões* de Euclides, o carnaval carioca (...) Santos Dumont em landau atravessando a Rua do Ouvidor sob arcos de flores e precedido de banda, o 14- Bis, o mais pesado que o ar, tudo servindo para rememorar nossas outras glórias aeronáuticas (...) A paixão pelos inventos e pelos inventores desencadeada pelas descobertas de Santos Dumont que puseram na pauta e como assunto da moda, o Radium e os Curie, Edison e o fonógrafo, Marconi e o sem-fio, Rongten e os Raios- X. O fim da febre amarela, o Rio deixando de ser *porto* sujo e acolhendo em bordéis sem mosquitos a marinhagem das vinte e três belonaves americanas do Almirante Robley Evans. A reforma de nossa esquadra com os novos gigantes *Minas Gerais* e *São Paulo* e o povo cantando *Cisne Branco*. (...) as discussões para a criação da Universidade, a posse de Rio Branco no Instituto Histórico, Roca e Carleto nos ataques à Light ( ah! Que saudades do *polvo canadense*) e os rolos sangrentos acarretados pela elevação do preço dos bondes. As mortes que ficaram, então, no passivo da polícia, do próprio Presidente, como o comenta severamente a pena de meu tio...” ( NAVA, 1973: 260)

<sup>294</sup> Sobre, dentre outros pontos, a história de Francisca Barreto Prager, nascida a 21 de Outubro de 1872. Pioneira, ela foi a única mulher a se formar em medicina pela Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia, a primeira existente no Brasil, em 1893. Ver. Elisabeth Juliska. **Outras falas : feminismo e medicina na Bahia ( 1836- 1931)**. São Paulo: Annablume, 2007.

<sup>295</sup> Ver DALL’VA- SANTUCCI, Josette. **Mulheres e Médicas: as pioneiras da Medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

Novecentos no contexto da medicalização da sociedade também descarrega implosivas considerações no tema.<sup>296</sup>

Tudo o que foi aqui pavimentado nos serve como balizas para o que vamos seguir de perto a matéria “As veias abertas da Faculdade de Medicina da USP” e de uma pichação realizada e registrada nos muros internos da FAMED/ UFC.

Para as calouras da Medicina, os abusos começam já na semana de recepção, quando são colocadas em círculo, por veteranos da Atlética, ao redor do famoso busto de Arnaldo Vieira de Carvalho, fundador e primeiro diretor da faculdade (“Dr. Arnaldo”), e recebem a ordem de gritar “Bu!”, após o que os veteranos emendam um de seus “hinos” altamente machistas e degradantes: “*Buceta! Buceta!/ Buceta eu como a seco!/No cu eu passo cuspe!/Medicina é só na USP!*”. Foi assim que Renata Mencacci, 20 anos, aluna do segundo ano da FMUSP, teve seu primeiro e chocante contato com os “atletiqueiros”, em 2013. “Eles fizeram a gente andar até a Atlética de ‘elefantinho’, o que é ‘superdesagradável’, porque nessa posição a mão de alguém fica roçando seu genital. Quando cheguei à Atlética, falei que não queria, mas eles abriram minha boca para jogar bebida — ‘tem que beber’. Uma invasão absurda!”, indigna-se a estudante. O abuso não parou por aí: um veterano do sexto ano foi beijando cada uma das calouras. Quando chegou a vez de Renata, ela se recusou a beijá-lo, mas não adiantou. “Ele segurou meu rosto, roubou um beijo e continuou andando. Minha semana de recepção acabou aí, e já fui meio que me blindando”, recorda. (...) Em uma faculdade de Medicina os professores titulares são quase todos brancos. E quase todos são homens. Então vou me formando dentro de uma cultura machista, de elite branca”, sem saber “o ponto de vista do negro, da mulher”, diz Marco Akerman (...) A partir de uma reunião do NEGSS, alunas da FMUSP sentiram a necessidade de criar um grupo específico para defender a pauta das mulheres, o que resultou na criação do Coletivo Feminista Geni. A coragem de Phamela ao denunciar a violência sexual que tinha sofrido foi “fundamental para quebrar o pacto de silêncio que existe na faculdade”, ressalta Renata Mencacci, uma das fundadoras do Geni. “O único apoio que eu tive foi dos coletivos. Não tem outro espaço de acolhimento. Porque tem um total descaso da faculdade em relação a isso, e não é só da faculdade como instituição, é das pessoas. Fui ridicularizada, estigmatizada. Foi uma coisa horrorosa”, diz Phamela, hoje no quinto ano. Pressionada pelo NEGSS e pelo Geni, a faculdade abriu uma sindicância para apurar o caso. “A comissão foi formada, na maioria, por homens, que ficaram perguntando coisas relacionadas à minha moral, se eu tinha bebido, feito uso de drogas, com quantos caras eu tinha ficado durante a festa, se eu já tinha saído com os acusados. Eu senti como uma tentativa de desqualificar o que aconteceu, de mudar o foco do assunto”, critica. (...) resposta imediata da faculdade à quebra do silêncio sobre os casos de violações foi estreita, o que intensificou a hostilidade aos coletivos. “A instituição abordou o tema que para ela era mais conveniente, que era o do álcool. Então, houve a proibição absoluta do álcool na faculdade, algo que nós, quando denunciávamos as violências, não tínhamos como pauta principal”, questiona Felipe. Presidida por Paulo Saldiva, professor titular da FMUSP, a Comissão de Direitos Humanos criada na época discutiria, a princípio, apenas esta temática, mas terminou por se estender à questão da violência de forma mais abrangente. “Na comissão a

---

<sup>296</sup> Ver VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Ver RAGO, .

gente expôs a homofobia, o racismo, o machismo, todos os casos de violência sexual e assédios que conhecíamos. A comissão teve isso relatado, então não tem como a direção da faculdade dizer que não sabe das coisas”, resume o estudante. Acusados de difamar a faculdade ao denunciar o caso e problematizar a questão, os militantes foram fortemente hostilizados. “Ficamos bastante desamparados e vulneráveis, porque vários grupos que estavam articulados acabaram se desmobilizando. As medidas proibitivas geraram hostilidade, um certo rancor, e teve a criação de núcleos, através dessas diretorias, que tentavam cooptar a pauta, mas sem confiança alguma das vítimas”, relata Felipe.

E continua,

Apesar da repercussão do assédio moral de que o estudante foi vítima, a direção da FMUSP não se manifestou, tampouco abriu sindicância a respeito. “Algumas sindicâncias que deveriam ter sido abertas não foram. Quem vai alegar, hoje em dia, que não sabe que houve um caso grave de homofobia na Atlética em 2014, que saiu na mídia, saiu na CPI? Por que a faculdade não tomou a iniciativa de abrir uma sindicância? Todo mundo sabe o que o Show Medicina fez comigo, saiu um documentário na [TV] Band, estava na CPI, está no MP, nós expusemos na comissão. Não foi aberta uma sindicância sobre o meu caso. Eles esperam que eu peça?”, desabafa Felipe. As instituições são as principais responsáveis pela manutenção de práticas trotistas como as perpetradas pela Atlética e pelo Show Medicina, acredita o sociólogo Almeida Jr. “A universidade dá a impressão de que quer esse grupo, porque é como um pacto: o grupo protege a universidade independentemente do que a universidade faça. Nas músicas das Atléticas, todas as universidades são ‘as gloriosas’, todas são lindas e maravilhosas. É um enaltecimento louco da universidade, não importa o que esta esteja fazendo, se está cumprindo seu papel social ou não”, afirma o professor da Esalq. Foi exatamente esta a sensação que Renata teve quando, acompanhada de dois colegas, questionou pessoalmente o professor José Otavio Costa Auler Junior, diretor da FMUSP, sobre as práticas da fraternidade, e ouviu como resposta que “o Show não pode morrer”. “Os interesses são muito complicados, a Medicina é muito corporativista. Pedir para o Auler contestar o Show Medicina é pedir pra ele contestar muitos livres-docentes, mesma coisa com a Atlética ou qualquer outra instituição. Quando a gente fala em enfrentar de fato, significa mexer com pessoas muito poderosas, além da esfera estudantil”, critica a feminista, que defende o fim da organização.

A preocupação com as questões relativas ao corpo, ao gênero e à violência na Educação Médica, a medicalização do corpo feminino e o papel das mulheres na medicina se dá por conta de vários fenômenos e situações observadas em campo. Ditos e provérbios inspirados<sup>297</sup>, pixações relatando casos de violência e estupro em muros do campo de Porangabussu em Fortaleza, performances e murais realizados durante o 53º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM). O ponto máximo dessas narrativas são as denúncias acerca de estupros, práticas homofóbicas, machistas e

---

<sup>297</sup> Diz Pedro Nava após longa discussão sobre a educação sexual, no seu Balão Cativo. “Pornógrafos de todos os países, uni-vos!” (NAVA, 1973: 307)

assédio moral de professores em relação às alunas é o foco desse intrigante e polêmico retrato da formação médica nos dias atuais. Além disso, áreas como a Ginecologia, a Pediatria e a Obstetrícia podem levar ao cabo e ao fim a questão de gênero na teoria e na prática médica e da sua formação, por conseguinte.

#### **4.4 Racionalidades Médicas, Medicinas alternativas e saberes e poderes científicos, populares e ancestrais**

Madel Luz<sup>298</sup> chama atenção para a questão das racionalidades médicas a integralidade no SUS e as medicinas alternativas. O tema percorre também o interesse dos estudantes<sup>299</sup>. Mas antes de chegarmos no meio estudantil vamos fundamentar a discussão no terreno movediço em que eles se encontra.

*O objetivo deste artigo é discutir aspectos da “integralidade”, princípio normativo do SUS, a partir de pesquisas organizadas ao redor da categoria “racionalidade médica” e da epistemologia de Ludwik Fleck. O artigo discute a categoria integralidade, defendendo que a mesma tem distintos significados para doentes e curadores especializados; tem maior relevância e significa uma missão permanente para estes últimos; vincula-se ao relacionamento curador-doente e à eficácia da ação terapêutica. A integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas “doenças biomédicas”. Aí, a integralidade está tanto mais bloqueada quanto mais especializado o ambiente. A atenuação desses bloqueios passa pela periferia dos círculos especializados e pelo trabalho em equipes multidisciplinares, traduzidos no SUS, acertadamente, como prioridade para a atenção primária ou básica. Inversamente, outras racionalidades, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, comportam um saber/prática facilitador da integralidade nos seus círculos esotéricos e seu desafio, além de sua presença incipiente no SUS, é levar ao mundo de suas práticas, a integralidade de seus círculos esotéricos originais. **Palavras-chave** Integralidade, Racionalidades médicas, Medicinas alternativas, Saúde pública*

A questão da racionalidade médica pode ser problematizada pela história e filosofia da ciência. Vejamos o que Paul Feyerabend, György Lukács e Georges Canguilhem podem nos oferecer ao debate. Inscrito nesse campo de possibilidades na Filosofia da Ciência apresentaremos três momentos diretamente relacionados à

---

<sup>298</sup> Ver LUZ, Madel. **Racionalidades Médicas e integralidade**. Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva. 13 (1) pp 195-206, 2008.

<sup>299</sup> Como vemos em clippings da DENEM a chamada para atividades em que a saúde mental dos estudantes de medicina poderia ser discutida em ambientes como parques através de rodas de conversa e a prática de Yoga. Outra questão a ser levantada é o caso da estudante de medicina da UFRGS morrer em atendimento médico.

Medicina. O primeiro deles se dá com Paul Feyrabend. Nele talvez possamos perceber uma problematização que lembra Weber e Foucault em função da localização e colocação do problema das racionalidades diferentes esposadas numa história do pensamento ocidental. Através desse mote, nos aproximaremos das outras perspectivas delineadas nesse tópico.

Um exemplo paradigmático dessa questão pode estar inscrito na perspectiva de que o avanço tecnológico, seja em si mesmo, benéfico à Medicina e à saúde humana por conseguinte. A preocupação do presidente da sociedade brasileira de medicina clínica parece pertinente e é alvo também de pelos menos dois outros convidados nessa investigação<sup>300</sup>. Vamos lê-la<sup>301</sup>.

(...) E infelizmente, com o avanço da tecnologia, alguns passaram a admitir que o computador e a ressonância magnética, por exemplo, desempenham papel mais importante do que a atuação do médico. (...) Não podemos nos esquecer de que a ressonância magnética não é capaz de indicar, por exemplo, as condições sociais e culturais do doente (...). Para ser médico, é preciso gostar de gente. Saber que não existem doenças e sim doentes. E colocar em prática o amor ao próximo.

Essa preocupação vai de encontro e fertiliza o solo desse tipo de preocupação nos fala Feyerabend. Se trata de problematizar a questão da racionalidade médica inscrita nessas práticas. E mais, aborda a questão da medicina científica com as demais formas de medicina e conhecimentos. A homeopatia e a medicina tradicional chinesa mencionada por Madel Luz é uma delas.

O fato de a Medicina científica ser a única forma de Medicina existente em muitos lugares não significa que ela é a melhor, e o fato de formas alternativas de Medicina terem sucesso onde a Medicina científica teve de recorrer à cirurgia mostra que ela tem lacunas graves (FEYERABEND, 2010; 257)

Operando no imaginário dessa crença científica, sabemos que a questão da objetividade, da precisão e da imparcialidade nos diagnósticos e prescrições médicos é um assunto que mereceria um estudo mais aprofundado. No entanto, no segundo momento desse tópico, ele pode ser visitado em Giorgy Lukacs ao discutir a categoria da singularidade. O filósofo húngaro debate a questão do ideal neopositivista inscrito no

---

<sup>300</sup> João Macedo Filho e Adib Jatene.

<sup>301</sup> No Jornal O Povo de 23 de Julho de 2012, lia-se um artigo intitulado “A relação médico e paciente: confiança e responsabilidade”. Seu autor era Antônio Carlos Lopes, presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.



ideal de substituição da subjetividade errante do homem pela objetividade precisa da máquina nos termos do vocabulário diagnóstico e médico.

(...) Basta pensar na ciência Medicina. Seu objeto é sempre, irrevogavelmente, um paciente singular por vez.(...) O ideal neopositivista, hoje reiteradamente reafirmado, de substituir o diagnóstico pessoal do médico por uma máquina cibernética (...) Por um lado, a singularidade do paciente é negligenciada de modo metodologicamente consciente; por outro, também já assinalamos que a interpretação biológica nos nexos singulares, quantitativamente fixados, é desdenhosamente posta de lado em favor da “linguagem” comum que se atém ao quantitativo. Não é necessário ser médico para saber que todos os exames quantitativos, ou seja, cardiogramas, hemogramas, medições da pressão arterial etc, devem ser interpretados biologicamente, quer dizer, individualmente baseados na personalidade, no histórico da doença etc. do paciente singular, a fim de que se possa estabelecer um diagnóstico correto. ( O fato de haver evoluções típicas etc. não altera em nada essa decisiva importância da categoria da singularidade.) (LUKACS; 2012; 73)

Finalmente, um terceiro momento com *Georges Canguilhem*. Os três textos sobre o campo da Medicina desenvolvidos por Canguilhem podem colaborar na reflexão sobre o conteúdo e os desdobramentos que a manchete que inicia esse artigo nos proporciona sobre questões ligadas à deontologia médica.

No primeiro deles, intitulado “Terapêutica, experimentação, responsabilidade”, Canguilhem problematiza a questão da técnica médica e algumas flutuações no julgamento de Immanuel Kant sobre “os métodos de luta coletiva contra a varíola, no século XVIII: inoculação ou variolização, depois vacinação” (Canguilhem,2012:424<sup>302</sup>).

---

<sup>302</sup> Outra observação de Canguilhem atrelada à varíola, mas, dessa vez, a ligando as relações entre microbiologia e a vacinação que impactam, segundo ele, os ideais de cura na medicina pode ser vista no texto “ É possível uma pedagogia da cura?” inscrita no seu Escritos sobre Medicina. Nessa obra o autor ainda tematiza “ A ideia de natureza no pensamento e na prática médicas”, “As doenças”, o texto “ A saúde: conceito vulgar e questão filosófica” traz interessantes observações sobre o conceito e a forma como Nietzsche lidou com o tema ao longo de suas obras filosóficas. Canguilhem relaciona essas passagens filosóficas ao momento em que os aparelhos e as funções de regulações orgânicas haviam sido estabelecidas experimentalmente pelos fisiologistas de 1884, o discurso de Starling sobre regulações e homeostase em 1923 e a retomada do assunto por Cannon em 1932. Sob o defunto de Nietzsche, Canguilhem cria aproximações e possibilidades não alentadas ou percebidas pelos próprios personagens evocados por ele. Ele estabelece assim, curiosas e imprevisíveis pontes entre a Medicina e a Filosofia. Outras Continuando os temas da obra, vemos a questão da pedagogia da cura já foi aqui indicada, e o “ Problema nas regulações no organismo e n sociedade”. Ver CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. Canguilhem, a quem Foucault certamente deve algumas das suas poderosas intuições sobre o campo da medicina, escreveu ainda “ O normal e o patológico” e “o conhecimento da vida”. Numa inversão de relação entre professor e aluno, mestre e discípulo, Canguilhem escreveu “ Michel Foucault: morte do homem ou esgotamento do *Cogito*?” Ver. CANGUILHEM, Georges. **Michel Foucault: morte do homem ou esgotamento do Cogito?**. Goiânia, Edições Ricochete, 2012. Aproveito o ensejo para dizer que Michel Foucault escreveu diversas passagens sobre a medicina antiga e autores caros ao pensamento e a prática milenar medicina, como Galeno, em alguns de seus últimos livros e cursos. É o que pudemos contatar numa sondagem bibliográfica. A



Canguilhem explora os limites e o alcance da reflexão kantiana colando sua análise à questão das relações entre a psicologia, a deontologia médica e o lugar que as novas terapêuticas ocupariam na prática e no ensino médico. Isto é a necessidade de justificar as “responsabilidades” que essas novas terapêuticas provocariam fazendo com que os mestres e professores ensinassem aos mais jovens que todas essas experiências deveriam ser percebidas em proveito da vida. Viria daí não só a sustentação ética e moral da frase “médico tem que gostar de gente”; mas também uma reflexão mais atenta, “empreitada” pelas Faculdades de Medicina em preparar os jovens e futuros médicos em relação ao modo como trabalham e criam novas possibilidades no campo da terapêutica médica.

O segundo texto, escrito sob o clima do Centenário de Claude Bernard (1813–1878) denomina-se “Poder e limites da racionalidade em Medicina”. O trabalho de Canguilhem problematiza diversas questões; dentre elas a aquisição progressiva do saber médico nas suas disciplinas fundamentais tais como a fisiologia, o freudismo, a técnica do placebo que embaralha o que consideramos como objetivo e subjetivo, a invenção da quimioterapia, a eletroterapia, a socialização da medicina, sobre os aspectos econômicos e o comportamento cultural suscitado nesse debate.

Vale, sobre o último ponto, escrutinar uma passagem de Canguilhem sobre o tema: “A consciência que os doentes têm de sua situação não é jamais uma consciência nua, selvagem. Não se poderia ignorar a presença, na experiência vivida do doente, dos efeitos da cultura e da história” (CANGUILHEM, 2012; 450).

Estamos colados a esse horizonte de reflexões quando Antônio Carlos Lopes assinalou que: “Não podemos nos esquecer de que a ressonância magnética não é capaz de indicar, por exemplo, as condições sociais e culturais do doente” tal como vemos na citação que assenta a discussão desse artigo?

E, por essa razão que mais a mais, podemos perceber a relação entre questões políticas e médicas sendo exploradas do ponto de vista do saber e da prática médica. O terceiro trabalho de Canguilhem versa sobre “O estatuto epistemológico da Medicina”. Numa série de observações interessantes, Canguilhem fala sobre as

---

menção e a discussão está presente no seu “ A Hermenêutica do Sujeito”, curso dado no College de France em 1981-1982, no curso ano seguinte Foucault volta a tematizar o assunto em seu “ O Governo de Si e dos Outros”. A questão é ainda objeto de exame no terceiro volume da História da Sexualidade, o Cuidado de Si. Ver ainda PORTOCARRERO, Vera. **As Ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

“relações” entre acontecimentos políticos notórios e acontecimentos médicos<sup>303</sup>, sobre a emergência dos métodos estatísticos de avaliação dos atos médicos em matéria de diagnóstico etiológico, sobre a questão da conduta terapêutica, sobre o fato de que a “Medicina chegou ao estado de ciência na época da bacteriologia” e sobre o “subconsciente epistemológico do médico”.

Ou seja, correndo o risco de resvalar numa posição normativista, Antonio Carlos Lopes, prescreve moralmente sublinhando todos os métodos, avaliações, condutas, nível de conhecimento, subconscientes inscritos no saber e prática médicos ao afirmar que: “Para ser médico, é preciso gostar de gente. Saber que não existem doenças e sim doentes. E colocar em prática o amor ao próximo”.

Flutuando entre os grandes e pequenos problemas envoltos na questão médico- paciente. Um exemplo simples, hipotético, corriqueiro, prático, usual e cotidiano: como explicar, por exemplo, que um médico, numa consulta do SUS receite uma medicação e arrisque um diagnóstico sem, ao menos, examinar e auscultar o seu paciente?<sup>304</sup> De onde viria essa sensação de conforto e legitimidade? Será que uma abordagem weberiana do assunto, isto é, perceber sob o ponto de vista da neutralidade axiológica como se deu o diagnóstico médico daria conta do fenômeno?<sup>305</sup> Vejamos uma passagem proposta por um pensador, médico e filósofo usualmente tido como sendo um dos “precursores” de Foucault. Georges Canguilhem talvez possa nos auxiliar na promoção de um deslocamento sobre o lugar dessa inquietação:

Quando o médico substituiu à queixa do doente e à sua representação subjetiva das causas de seu mal o que a racionalidade obriga a reconhecer como a verdade de sua doença, o médico nem por isso reduz a subjetividade do doente (...). Não é, então, nessa impotência que se deve buscar a falha característica do exercício da medicina. Ela tem lugar no esquecimento, tomado em sentido freudiano, do poder de desdobramento próprio ao médico que lhe permitiria projetar-se ele mesmo na situação de doente, *a objetividade de seu saber não sendo repudiada, mas colocada entre parênteses*. Por que cabe ao médico imaginar que ele é um doente potencial e que ele não está mais seguro do que seus doentes de conseguir, se for o caso,

---

<sup>303</sup> Questões tais como o Ato Médico, as Cotas nas Universidades Públicas, o Mais Médicos, o Mercado de Trabalho no interior do Brasil para Médicos que vivenciamos no presente momento demonstra a necessidade dessas problematizações.

<sup>304</sup> Os relatos desse tipo de procedimento são tão públicos e notórios que, por ora, nos eximimos a uma comprovação empírica e estatística desse evento. Mas, uma certa história dos erros diagnósticos médicos nos indicaria algo nesse sentido?

<sup>305</sup> Durante os seminários da disciplina Teorias da História exercitamos a exploração epistemológica dessa situação sob o signo da neutralidade axiológica weberiana. Aqui, atentamos por outros caminhos: o Foucault de O Nascimento da Clínica( 2008) seria talvez um dos mais previsíveis deles. No entanto, tentamos dar um passo anterior para investigarmos o solo onde supomos pisar. Sobre a Neutralidade Axialógica. Ver Max Weber (2003).

substituir pelos seus conhecimentos sua angústia (Canguilhem, 2012:450) [grifos meus].

Mas será que “a falha característica no exercício da medicina” poderia ser localizada no esquecimento freudiano de um portador do conhecimento médico frente a seu (im)paciente? Como então, nesse exemplo, partir de uma perspectiva carnal, concreta, cotidiana, quase banalizada do saber e a prática médica sem recair num contingente de relações abstratas e generalizáveis? Como perceber a relação entre médicos e pacientes e mais tantas outras questões tais como a que foram colocadas pelo pensamento médico e social brasileiro<sup>306</sup> sem recair nos encantos do subjetivismo ou do objetivismo? É a própria racionalidade inscrita no regime de verdade no progresso médico que precisa ser continuamente interrogada.

Todo esse arremate pode ser vivenciado numa trágica situação ocorrida com uma estudante de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após uma troca de informações sobre o tema do erro médico<sup>307</sup> no dia 8 de Maio . O título da matéria que enviamos era intitulada *Erro Médico pode ser a terceira causa de mortes nos Estados Unidos*.

Erro Médico pode ser a terceira causa de mortes nos Estados Unidos. Na certidão de óbito nunca aparece "erro médico" como causa de morte, por isso os investigadores tiveram de usar estimativas. Os resultados apresentados servem como alerta. Falhas de comunicação, equipas mal coordenadas ou diagnósticos errados nunca aparecem como causa de morte primária numa certidão de óbito, embora possam ter levado à morte do doente. Sem dados concretos, os investigadores tiveram de se basear em estimativas, mas a conclusão é clara: as mortes causadas por erros médicos estão largamente subvalorizadas e mal estudadas. As contas dos investigadores Martin Makary e Michael Daniel, da Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, apontam os erros médicos como a terceira causa de morte nos Estados Unidos, a seguir aos problemas cardiovasculares e ao cancro. Em entrevista à British Medical Journal (BMJ), a revista científica onde a investigação foi publicada, Martin Makary diz que mesmo assim os números apresentados são muito conservadores. “Gastamos muito dinheiro com doenças cardiovasculares, gastamos muito dinheiro com cancro, mas ainda nem começámos a reconhecer a terceira causa de morte nos Estados Unidos”, afirmou o investigador. Mas acrescentou que o problema não é exclusivo dos Estados Unidos, acontece em todo o mundo. O crescimento da especialização e o sistema de incentivos perverso, segundo Martin Makary, cria um sistema médico que peca em transparência e uma grande variação na qualidade dos cuidados médicos. O investigador considera que um sistema semelhante ao

---

<sup>306</sup> Donde temos a memória do médico Sérgio Arouca como um dos principais formuladores do chamado sanitarismo brasileiro. Corrente que propôs pensar estruturalmente as relações entre Saúde, Cultura, Política, Sociedade e Economia. No contexto latino americano cabe lembrar a figura de Juan Cesar Garcia.

<sup>307</sup> Ver Matéria postada em 5 de Maio de 2016. <http://observador.pt/2016/05/05/erro-medico-pode-terceira-causa-morte-nos-estados-unidos/>

da aviação poderia ajudar a resolver o problema. Se um avião cai, toda a comunidade ligada à aviação é informada para aprender com os erros. Na comunidade médica continuam a fazer-se os mesmos erros uma e outra vez e muitos nunca são investigados. “As pessoas falam de histórias. É como se todos soubessem de exemplos, que tenham presenciado ou ouvido falar, mas vivem na forma de histórias e não forma de números epidemiológicos”, disse o investigador. Uma das histórias citadas no artigo científico conta o caso de uma mulher que, depois de uma cirurgia que aparentemente tinha corrido bem, deu entrada no hospital. Afinal tinha ficado com uma agulha espetada no fígado que lhe causou uma hemorragia interna e um pseudoaneurisma (hematoma resultante de uma artéria furada). Causa de morte (na certidão de óbito): cardiovascular. Estas são histórias dos corredores e gabinetes que médicos e enfermeiros conhecem, mas dados atuais não existem. A publicação mais citada na área de qualidade e segurança em saúde é já de 1999 e cita estudos ainda mais antigos. Os dados, segundo Makary e Daniel, estão desatualizados: referiam 44 mil a 98 mil mortes por ano. Para este trabalho, os investigadores continuaram a basear-se no trabalho de 1999, mas atualizaram as estimativas para o número de admissões nos hospitais em 2013. Mesmo considerando que os dados são conservadores e o número de mortes está subrepresentado, Makary e Daniel estimam 251 mil mortes por ano por erro médico. Em quarto lugar, aparece a doença pulmonar obstrutiva crónica, mas com um número muito menor de mortes. Mesmo que a estimativa dos investigadores pecasse por excesso, continuaria a ficar em terceiro lugar, referiu Martin Makary. No artigo científico, os investigadores propõem que os dados sobre todos os problemas relacionados com a morte dos doentes sejam registados e que sejam partilhados nacional e internacionalmente. Fazer uma abordagem mais rigorosa do problema, é a única forma de proteger a saúde dos doentes. “Um reconhecimento mais apropriado do papel dos erros médicos na morte dos doentes pode aumentar a consciencialização e guiar as colaborações e os financiamentos em investigação e prevenção.”

Entre a postagem de uma matéria que nos chamou a atenção a ponto de a enviarmos e a recepção, inadvertida de uma informação que representa o que consideramos ser fruto da falta de problematização dessas questões mais fundamentais. Por um lado, uma corporação médica que tenta ocultar os escândalos que envolvem a sua negligência. De outro a segmentação dessas arbitrariedades sentidas na ponta do atendimento. A resposta a mensagem vem seguida de um imprevisível desdobramento. Uma colega estudante de medicina da Universidade Federal de Santa Maria no Rio Grande do Sul morreu<sup>308</sup>.

**Tranquilo Maurício? Compartilhando essa intrigante matéria.** *Bah, que realidade assustadora. Perdemos uma colega estudante de medicina, em santa maria, na semana passada, por erro médico*<sup>309</sup>. *Vc chegou a ver? (...)*  
**Não. Uma estudante? Caramba. Meus pêsames Maurício. Li aqui agora. Lamentável.** (...) *Oi, Felipe! Desculpa pela demora. Tava voando pro Rio.*

<sup>308</sup> <http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policial/noticia/2016/05/estudantes-de-medicina-da-ufsm-fazem-protesto-apos-morte-de-colega-com-suspeita-de-gripe-a-5791494.html>

<sup>309</sup> Ver SALAMACHA, Consuelo Taques Ferreira. **Erro Médico: inversão do ônus da prova.** Curitiba: Juruá, 2013.

*Pois é, ela procurou diversos serviços de saúde, inclusive o hospital universitário, e não foi bem atendida. Os residentes queriam passar o Tamiflu, mas parece que um staff disse que não precisava, que não era H1N1. O resultado foi trágico.*

Esse resultado trágico foi alvo de protestos dos estudantes. A mais indigna e simplória das reflexões deve se perguntar : se uma estudante de medicina morre em atendimento público, imagine-se o restante da população. Uma demanda dos estudantes é a de que eles tenham um tratamento diferenciado por estarem constantemente diante de pessoas doentes e, portanto, mais suscetíveis e vulneráveis ao acometimento das doenças. Não obtivemos informações a esse respeito. De qualquer forma, tudo leva a crer que foi uma negligência no atendimento prestado por um serviço público.

Estudantes de Medicina da UFSM fazem protesto após morte de colega com suspeita de gripe A. Jovem morreu na última sexta-feira e teria procurado auxílio médico na quarta-feira. Um grupo de cerca de 30 estudantes do curso de Medicina da UFSM protestou, na manhã desta segunda-feira, após a morte de uma colega de turma que teria ocorrido por suspeita de infecção pelo vírus H1N1. **10 coisas que você precisa saber sobre a gripe e a vacinação** A manifestação aconteceu no Centro de Ciências da Saúde (CCS) no campus da instituição, em Camobi. Revoltados e muitos emocionados, os alunos penduraram os jalecos no hall de entrada do prédio e espalharam cartazes com dizeres como "eu tiro o meu jaleco para quem não atende as pessoas" e "eu visto o meu jaleco pela vida". Eles afirmaram que a estudante não teria recebido o atendimento adequado na última quarta-feira, quando procurou o Pronto-Socorro (PS) do Hospital Universitário de Santa Maria (Husm) apresentando um quadro de febre alta e tosse. **Vacinação contra a gripe segue em cinco postos de Santa Maria.** Ainda conforme os alunos, dois professores que a teriam atendido não teriam dado ao caso a importância que ele merecia e a mandaram de volta para casa sem o tratamento adequado. **Na quinta-feira, ela deu entrada no Hospital de Caridade, onde morreu, no dia seguinte.** Segundo a assessoria do Husm, a paciente deu entrada no hospital naquele dia, às 19h. Ela foi atendida por dois médicos e ficou em observação por cinco horas. Como não apresentava sintomas claros de H1N1, ela foi liberada pelos profissionais. Ainda conforme a assessoria, o fato de ela ser estudante de Medicina não a dava prioridade no atendimento no PS. **Leia outras notícias de Geral e Polícia.** Os colegas da vítima ainda avaliam se vão denunciar o caso à direção do Husm. Eles querem conversar com a família da estudante para se certificar de que os familiares também têm interesse na medida. **Casos investigados.** O caso da estudante e mais dois ainda aguardam resultados de exames de diagnóstico. Eles foram notificados à Secretaria Municipal de Saúde entre quarta e quinta-feira da última semana, conforme Selena Michel, superintendente de Vigilância em Saúde da prefeitura. Selena informou, na tarde de domingo, que ainda não havia recebido nenhuma notificação da morte por parte do hospital, o que pode acontecer nesta segunda. O exame que dirá se a jovem teve ou não gripe A e qual o subtipo do vírus deve ficar pronto nesta semana, no Laboratório Central (Lacen), em Porto Alegre.

A referência a esse triste e lamentável episódio ilustra a complexidade e a delicadeza humana dessa questão. Como vimos um pouco antes, vale retomar aqui uma

passagem de Canguilhem. Os dois professores que não deram atenção ao caso da estudante e a liberação dela após 5 horas de observação. Seguindo o médico filósofo diríamos que é a naturalidade com a qual os procedimentos médicos foram sendo seguidos e, em nenhum desses momentos, repudiada ou questionada; tida como uma convicção elementar, óbvia e cotidiana que é passível de crítica. Dos grandes aos pequenos momentos toda uma racionalidade técnica funciona e só é sobressaltada de forma retrospectiva. É a singularidade sendo drenada pelas grandes séries estatística e pelos protocolos clínicos e terapêuticos. É a revolta do bom senso que se alimenta e se fixa nas máximas edificante e hipócritas<sup>310</sup>. Já que ainda conforme a assessoria, o fato de ela ser estudante de Medicina não a dava prioridade no atendimento no PS. E agora, aquela mesma citação, volta acrescida de um pequeno trecho oculto e latente na passagem. As relações entre as premissas nas quais se sustenta a objetividade do saber médico e a subjetividade da experiência vivida do doente são, mais uma vez, nuançadas.

Quando o médico substituiu à queixa do doente e à sua representação subjetiva das causas de seu mal o que a racionalidade obriga a reconhecer como a verdade de sua doença, o médico nem por isso reduz a subjetividade do doente. Ele lhe permitiu uma posse diferente do seu mal. E se ele tentou desapossá-lo disso, afirmando-lhe que ele não está acometido de nenhuma doença, ele nem sempre conseguiu desapossá-lo de sua crença nele mesmo doente, e, às vezes, mesmo de sua complacência nele mesmo doente. Em resumo, é impossível anular na objetividade do saber médico, a subjetividade da experiência vivida no doente. Não é, então, nessa impotência que se deve buscar a falha característica do exercício da medicina. Ela tem lugar no esquecimento, tomado em sentido freudiano, do poder de desdobramento próprio ao médico que lhe permitiria projetar-se ele mesmo na situação de doente, *a objetividade de seu saber não sendo repudiada, mas colocada entre parênteses*. Por que cabe ao médico imaginar que ele é um doente potencial e que ele não está mais seguro do que seus doentes de conseguir, se for o caso, substituir pelos seus conhecimentos sua angústia (CANGUILHEM, 2012; 50) [(Grifos meus)].

Além da questão das questões levantadas a própria natureza da atividade discente médica está envolta em questões complexas do ponto de vista da exposição e da vulnerabilidade biológica e social frente as quais os jovens corpos estão posicionados. Valendo-se do uso e do recurso às metáforas militarizadas no campo médico e da saúde<sup>311</sup> para explicar o processo, é Pedro Nava quem caracteriza esse processo. O movimento estudantil de Medicina e muitos estudantes de medicina certamente

---

<sup>310</sup> Ver OCKÉ- REIS, Carlos Otávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

<sup>311</sup> Ver SONTAG, Susan. **Doença como metáfora. Aids e suas metáforas**. São Paulo : Companhia das letras, 2007.

concordariam com a argumentação de Nava . Ao lado da constatação do perigo a que eram expostos os estudantes de medicina, outra questão se abre: a dos direitos animais e o especismo<sup>312</sup>. Guardemos, se possível, a primeira parte do relato<sup>313</sup>.

Vejamos agora a sua atividade de professor de Fisiologia. As cadeiras de Anatomia que estudamos paralelamente à sua ou depois dela eram um risco permanente para nós. Em sã justiça devíamos, os médicos, contar o nosso tempo de estudantes para aposentadoria e melhor salário pois nossa atividade é como ação de guerra. Se não sentimos zunir as balas, sentimos o perpassar das bactérias. Não há risco de granadas mas há, o permanente, do contágio. Nosso estudo era ameaça maior que o das atividades dos acadêmicos de engenharia e direito que víamos em Belo Horizonte. Quem sabe? por causa dessa noção de perigo os estudantes de Medicina eram os mais alegres, os mais pândegos e os mais frequentes nos cabarés da cidade. Mas onde queríamos chegar era no nenhum dano que tínhamos na cadeira de Fisiologia. Nesta ele pertencia aos cães, gatos, coelhos, cobaias, ratos, camundongos, sapos e rãs sacrificados diariamente na vivissecação e nos experimentos ( NAVA, 1979: 151)

---

<sup>312</sup> Especismo significa aqui o favorecimento injusto de uma espécie sobre as outras. O debate está inserido no campo da bioética, suas relações com a biotecnologia e o debate inter e transdisciplinaridade. Elencamos a seguir obras de 5 autores que possuem posicionamentos políticos e científicos distintos sobre o tema. FUKUYAMA, Francis. **Nosso Futuro Pós-Humano: consequências da revolução da biotecnologia**. Rio de Janeiro, Rocco, 2003. RIKFIN, Jeremy. **O Século da Biotecnologia: a valorização dos genes e a reconstrução do mundo**. São Paulo: Makron Books, 1998.

HABERMAS, Jurgen. **O Futuro da Natureza Humana: a caminho de uma eugenia liberal?** São Paulo: Martins Fontes, 2010. SANTOS, Laymert Garcia dos. **Politizar as Novas Tecnologias: o impacto sociotécnico da informação digital e genética**. São Paulo: Ed. 34, 2011. SCHRAMM, Fermin Roland. **Três Ensaios de Bioética**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015

<sup>313</sup> Ver uma abordagem do ponto de vista animal advinda do “maior especialista em formigas do mundo”, Edward Wilson. Ele também escreveu um livro aos jovens cientistas. VER. WILSON, Edward. **A Conquista Social da Terra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. E também WILSON, Edward. **Cartas a um jovem cientista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. Do ponto de vista ontológico, Eduardo Viveiros de Castro, realiza uma reviravolta na perspectiva envolvendo a relação entre homens, animais, a natureza e a cultura ao dialogar com algumas concepções de Gabriel Tarde e outros autores.. Ver CASTRO, Eduardo Viveiros. **Metafísicas Canibais**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.



## **5 DENEM E ABLAM EM PERSPECTIVA: AS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA EDUCAÇÃO MÉDICA ESTUDANTIL**

Duas das principais organizações estudantis de medicina do país envolvidas com atividades ligadas às Ligas foram analisadas a partir da ótica da educação médica. Nessa análise as categorias e as relações entre o universo público e o universo privado vieram à tona. A Diretoria Nacional dos estudantes de Medicina e a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina serão em vistas em perspectiva: as relações entre o público e o privado na educação médica. A emergência histórica do movimento estudantil em Medicina será observado através de sua movimentação mais recente através da criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM). A contextualização da atuação de duas outras entidades: A Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA) e a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (AEMED-BR) não serão analisadas mais detidamente tendo em vista os limites desse trabalho.

De uma forma geral se pode levantar a hipótese de que as agremiações estudantis atuam sob a égide de princípios sociais, culturais, políticos e econômicos distintos e que operam sob o signo do público e do privado, do estado e do mercado. Assim é que podemos perceber, por exemplo, uma certa filiação e uma maior afinidade à participação pública e estatal no trato das políticas de saúde e à defesa do Sistema do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da DENEM. Em contrapartida, a defesa da atuação da medicina corporativa e empresarial corporificada por parte da AEMED traduz os princípios ideológicos privatistas e mercantis nos meios estudantis médicos.

Assim é que o conceito e a visão dos tipos, formas e conteúdos do perfil da educação médica a ser exercitada na formação dos estudantes de Medicina e atuação dos mesmos nas Ligas são atravessadas por concepções práticas e teóricas governamentais e empresariais. Passo a passo com essa questão, a judicialização da saúde e o financiamento estudantil são vistos em seguida. Encerramos o capítulo com uma visão mais nuançada sobre a educação médica sob o ponto de vista da ABLAM e sob o ponto de vista da DENEM.

## **5.1 A Emergência Histórica do Movimento Estudantil em Medicina numa pesquisa**

O movimento estudantil aqui é visto em função das Ligas por que, ao mesmo tempo, as atividades de ensino, pesquisa e extensão das Ligas Acadêmicas é objeto de interesse, discussão e participação dos estudantes que também estão inseridos na lógica do movimento estudantil.

Além desse fator, precisamos entrelaçar uma percepção nacional ao universo local de nossa pesquisa. Essa necessidade de sobrevivência investigativo nos levou a descobrir a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas. E, dessa movimentação, percebemos a atuação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Portanto, não sendo um objetivo de pesquisa inicial fomos levados a traçar esse itinerário tendo em vista os impasses e condições de pesquisa que se nos apresentaram. Dito isto gostaríamos de dizer que partindo desse impasse, ganhou a pesquisa por conta dessa reconsideração de percurso. A multiplicidade empírica da educação médica nos estudantes de medicina se tornou bem mais fecunda, assim como, por esse mesmo viés, a própria análise das Ligas Acadêmicas de Medicina tomou novo ânimo e fôlego. A questão agora pode ser percebida em segmentações internacionais, nacionais, estaduais e municipais – sem perdermos o foco de análise.

## **5.2 A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)**

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina ( DENEM) foi fundada em 1986, na cidade de Fortaleza, durante o XVII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM).

Com mais de 20 anos de existência, a DENEM vem exercitando o papel de entidade representativa dos estudantes de medicina a partir de várias lutas e mobilizações. de cunho social, cultural e , político. Durante a década de 90 a pauta da educação médica foi considerada pela entidade a mais importante no seio da Executiva. Dentre outras pautas importantes estava a defesa do sistema único de saúde público, equânime e de qualidade.

Para o desempenho de suas atividades a DENEM divide se em 8 regionais para facilitar o canal de dialogo entre a entidade nacional e os Centros Acadêmicos ou Diretórios Acadêmicos, também denominados Coordenações Locais, CL's.

As regionais da DENEM são: SUL 1: Rio Grande do Sul e Santa Catarina; SUL 2: São Paulo e Paraná; SUDESTE 1: Rio de Janeiro e Espírito Santo; SUDESTE 2: Minas Gerais; CENTRO OESTE: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Distrito Federal; NORDESTE 1: Bahia, Sergipe e Alagoas; NORDESTE 2: Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí; NORTE: Pará, Amapá, Amazonas, Roraima, Rondônia, Acre e Maranhão.

Cada Regional possui uma coordenação regional que tem a responsabilidade de visitar as CL's assim como organizar os encontros estudantis de medicina de caráter regional. Além dos Coordenadores Regionais, a DENEM também possui uma sede nacional, composta pelos cargos de coordenação geral, coordenação de comunicação e coordenação de finanças.

As coordenações de regionais, a sede e a coordenação de relações exteriores formam a coordenação nacional, que é a menor instancia deliberativa da DENEM. Além da coordenação nacional a DENEM possui outro órgão: o Centro de Pesquisas e Estudos em Educação e Saúde, o CENEPES. O CENEPES é composto pelas chamadas coordenações de área, que são as coordenações: de políticas de saúde, de educação em saúde, de políticas educacionais, de extensão universitária, de meio ambiente, de cultura, científica, de estágios e vivencia. Além das coordenações, o CENEPES comporta as acessórias de mídias, de planejamento e de resgate histórico do movimento.

A DENEM também possui encontros periódicos que constituem os outros espaços deliberativos. Há encontros de âmbito regional e nacional. São eles: **Regionais: Reuniões de Regional ( RR )** : são as reuniões das CL's de cada regional; Encontro Regional dos Estudantes de Medicina ( EREM); acontece em cada regional uma vez por ano. É o maior encontro de âmbito regional, há nele debates políticos, eventos culturais e científico; Seminário de Problematização Política (SPP) é um seminário de cujo objetivo é a formação política; Olimpíadas Regionais dos Estudantes de Medicina (OREM); ocorre no Nordeste e na regional SE 1.

**Nacionais:** Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM) ocorre todos os anos nos meses de janeiro. Tem a função de elaborar e aprovar o planejamento da DENEM. É o segundo maior espaço deliberativo da Executiva.: Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) esse encontro ocorre desde 1969, á anterior a DENEM. Tem esse nome para burlar a repressão da ditadura militar. É o maior espaço deliberativo da Executiva, acontece geralmente em cada mês de julho. Além do eixo político, há também na programação eventos culturais e científicos; Reunião dos Órgãos Executivos ( ROEX) é a reunião das CL's do país inteiro. É o terceiro maior instancia deliberativa da DENEM; Seminário do CENEPES: Também anual, é o encontro no qual é feito debates e análises sobre algum tema que envolva as coordenações do CENEPES.

Conforme o art. 3º do Estatuto de criação da DENEM, A entidade tem por princípios: O Estado de Direito; A Defesa da Vida; O ensino público e gratuito de qualidade e de acesso universal; O ensino médico voltado às reais necessidades da população brasileira; A independência em relação a movimentos de cunho estritamente partidário e a Defesa do Sistema Único de Saúde enquanto um sistema público de saúde, gratuito e de qualidade.

### **5.3 A Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA)**

Wikipediando as informações da IFMSA, lemos o seguinte. A Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (em inglês: *International Federation of Medical Students' Associations*) é uma organização não-governamental que representa associações de estudantes de medicina de todo o mundo. Foi fundada em Maio de 1951 e hoje em dia é formada por 129 organizações (National Member Organizations - NMOs) de 121 países. Em Portugal é representada pela sua associada Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM/PorMSIC), e no Brasil pela Direção Executiva Nacional dos Estudante de Medicina (DENEM)- esta membro pleno com direito a voz e voto - e pela International Federation of Medical Students' Associations of Brazil (IFMSA Brazil) - membro com direito à voz.

Uma das principais atividades da IFMSA é a promoção de estágios clínicos e científicos internacionalmente. Cerca de 10.000 estudantes de medicina participam anualmente nestes intercâmbios. A IFMSA organiza também projectos, seminários e workshops nas áreas da saúde pública, educação médica, saúde reprodutiva e SIDA e promove os direitos humanos e a paz junto das mais diversas instituições.

Ao nível organizacional, todas as atividades da IFMSA estão relacionadas com um dos seus seis comités permanentes. São eles: Comité Permanente de Educação Médica (SCOME); Comité Permanente de Intercâmbios Clínicos/Cirúrgicos (SCOPE); Comité Permanente de Intercâmbios de Pesquisa (SCORE); Comité Permanente de Saúde Pública (SCOPH); Comité Permanente de Saúde Sexual e Reprodutiva incluindo SIDA (SCORA); Comité Permanente de Direitos Humanos e Paz (SCORP).

A missão da entidade é ser um fórum para os estudantes de Medicina de todo o mundo discutirem assuntos relacionados com a saúde, a educação e a Medicina. Assim, tem como objetivos gerais: Promover os ideais humanitários e a ética médica nos estudantes de Medicina; agir como uma estrutura de suporte para intercâmbios clínicos e científicos e outros projetos, estar em constante contato com outras organizações internacionais na área da saúde, ciência e direitos humanos; formular declarações públicas sobre os mais diversos temas e prosseguir atividades subjacentes aos mesmos.

Presenciamos a participação de membros da IFMSA <sup>314</sup> no dia 10 de Novembro de 2015, um fórum sobre intercâmbios de Medicina no 53º COBEM tratou do tema das experiências internacionais. Coordenado pela professora Alcía Navarro da UFRJ.

#### **5.4 A Emergência Histórica das Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) <sup>315</sup>**

---

<sup>314</sup> Seu stand era praticamente vizinho ao da DENEM no COBEM.

<sup>315</sup> Entidade criada em setembro de 2006 ( outras informações situam o fenômeno no ano de 2005), a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina - ABLAM (Associação Brasileira de Educação Médica) emergiu durante o 8º Congresso Brasileiro de Clínica Médica, sediado em Gramado/RS. Segundo alguns analistas, esse fato teria representado um marco na história da medicina brasileira, contando com o apoio de várias entidades médicas regionais e nacionais.

#### **5. 1.4 A Educação Médica sob o ponto de vista da ABLAM**

Tentando perceber a relação das ligas acadêmicas de medicina, a educação médica e as reformas curriculares a serem implementadas até o ano de 2018, perguntamos a então presidente da ABLAM a posição da entidade sobre o assunto. Percebemos aqui que a nossa pergunta pareceu mobilizar a sua atenção para a questão da educação médica.

Instada sobre o *Projeto e método político-pedagógico seguido pela ligas. Sua relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com a reforma curricular dos cursos de Medicina a serem implementadas até o ano de 2018*, nos disse Jacqueline Menezes.

Cada Liga tem sua própria autonomia no que diz respeito a implementar diretrizes, ou não, que norteiem seu funcionamento, e o papel da ABLAM se restringe apenas a tentar garantir e incentivar que todas pautem suas atividades sobre o tripé de ensino, pesquisa e extensão. Elaboramos as Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina e estes são os únicos critérios que pedimos para que as Ligas, ao buscarem cadastro junto a nós, sigam. As Diretrizes Curriculares Nacionais em Medicina propostas pelo MEC devem ter influência diretamente sobre a graduação e as disciplinas que compõem a grade curricular em Medicina. Como as Ligas são consideradas atividades extra-curriculares, não obrigatórias, e têm as mais diversas características, com focos e realidades totalmente distintas, optamos por não intervir em seu funcionamento político-pedagógico, mesmo porque, como eu disse, as realidades são muito diferentes, atualmente temos um cadastro de mais de 700 Ligas e é praticamente impossível ter acesso à ideologia de cada uma. As reformas propostas pelo Programa Mais Médicos a serem implementadas a partir de 2018 necessitam de discussões urgentes junto aos estudantes da graduação, mas acreditamos que isso é dever de entidades acadêmicas de cunho pouco mais político. Sendo a ABLAM uma entidade acadêmica estritamente científica, resguardamos o dever em focar nossas atividades apenas ao conteúdo científico/educacional a ser abordado especificamente dentro dos espaços das Ligas. É até importante você fazer esta pergunta, pois as Ligas, naturalmente, não costumam ser espaços para discussões de assuntos sobre Educação Médica, e acho, inclusive, que seria saudável talvez estimularmos este tipo de discussão nesses grupos.

#### **5.5 A Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (AEMED-BR)**

O depoimento sobre a AEMED feito por, Maurício Petrolli, coordenador nacional de políticas de Saúde da DENEM e terceiranista no curso de Medicina da

UFRJ, pode ajudar a ilustrar um pouco da atmosfera em que essas entidades se exercitam<sup>316</sup>.

Bem, a AEMED surge, na verdade, como uma organização reacionária, que busca ocupar alguns espaços deixados pelo não reconhecimento da DENEM por parte de uma parcela de estudantes mais conservadores. Muitas pessoas não sabem que a DENEM existe, outras tantas não se sentem representadas pela DENEM por nossos posicionamentos à esquerda (é bom enfatizar que todos os posicionamentos e direções da Executiva são tirados em dois encontros - o Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina, que acontece todos os anos, em janeiro, e o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina, que acontece sempre na metade do ano). Nesses eventos, todos os estudantes têm voz e voto, ou seja, as linhas por meio das quais a DENEM atua são construídas democraticamente. Bem, a AEMED, então, surge como uma resposta tradicional e conservadora de estudantes de medicina. Contudo, é a DENEM que detém a representação oficial dos estudantes de medicina, junto ao CNS, por exemplo, entre outros órgãos. A DENEM tem projeção nacional, enquanto a AEMED tem alguns núcleos, mas é uma entidade pequena. E, sim, há uma tendência de alguns grupos (como a ABLAM) traçarem ligações com a AEMED, nessa tentativa de domesticação estudantil e de captação para o fortalecimento de pautas conservadoras. Não temos um posicionamento oficial da DENEM sobre a AEMED, mas certamente passamos longe de reconhecê-la como entidade - pelas pautas que defende e pela completa ausência de democracia na sua definição. E também não há qualquer diálogo nem intencionalidade de promovê-lo.”

A entidade também é sediada no mesmo prédio da ABLAM e da AMB em São Paulo. É vinculada também, portanto, ao universo corporativo privado da medicina. A forma de apresentação e autoreferencialidade da entidade como a maior do Brasil mostra a tentativa simbólica e política de tentar ganhar e cavar espaços no meio estudantil a que Maurício Petrolí se referiu. Uma moção de apoio aos acadêmicos de medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) postada em 22 de Agosto de 2014<sup>317</sup>.

Em debate, as condições de estrutura e funcionamento da abertura de cursos de medicina, no plano mais imediato. No plano maior, a crítica classista de algumas entidades médicas política ao então governo federal petista via entidades estudantis composta por estudantes que encampam essa postura ideológica.

**Moção de Apoio. Aos acadêmicos de Medicina da UNEMAT.** A AEMED-BR (Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil), entidade representativa máxima dos estudantes de medicina do Brasil, vem a público manifestar sua enorme preocupação com a situação precária em que se

---

<sup>316</sup> Em 12 de Maio de 2016, perguntei a Jacqueline Menezes, ex-presidente da ABLAM sobre a relação entre a ABLAM, a AEMED, a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e a AMB. A resposta foi a seguinte: “Ambas são "braços", estão contempladas pela AMB, assim como a ANMR. Cada uma dentro do seu campo de atuação.”

<sup>317</sup> Ver “**AEMED-BR externa apoio a estudantes de medicina da UNEMAT**” .  
[Http://www.fenam.org.br/noticia/3370](http://www.fenam.org.br/noticia/3370)



apresenta o curso de medicina da UNEMAT, um curso que, em apenas dois anos, já vivencia o descalabro de promessas governamentais vazias. A falta de instalações adequadas em salas de aula, laboratórios, hospital escola e até mesmo de cadáveres para a prática anatômica são alguns dos grandes problemas enfrentados e que afetam diretamente a formação dos acadêmicos, haja vista que estes são fatores essenciais para o desenvolvimento teórico, técnico e humano do profissional médico. A abertura de cursos de medicina requer algo mais do que promessas: requer responsabilidade. Tal situação corrobora a tese de que a abertura indiscriminada de escolas, que não obedecem critérios mínimos de qualidade e viabilidade do curso, não é o melhor caminho para suprir a demanda da falta de profissionais em determinadas regiões e não colaboram para a formação de bons profissionais. A AEMED-BR reafirma o seu compromisso de luta com a classe estudantil e expressa máxima solidariedade aos acadêmicos de medicina da UNEMAT, vítimas dessa situação. Tenham a certeza de que envidaremos esforços necessários para que essa situação seja resolvida. JURACY BARBOSA. PRESIDENTE AEMED-BR. **Fonte:** AEMED-BR

## 5.6 A Educação Médica sob o ponto de vista da DENEM: XLVI Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM)

A apresentação do 46º Encontro Científico dos Estudantes de Medicina ocorrido entre os dias 22 e 31 de Julho de 2016 na UNIFOR<sup>318</sup>, em Fortaleza afirma que:

“Sou de uma terra que o povo padece, mas não esmorece e procura vencer” ao ler as palavras do poeta Patativa do Assaré, relembramos que em 1986, na alvorada do retorno da democracia, estudantes de medicina reuniram-se no XVII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM), realizado em Fortaleza, aonde se congregaram formando a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, DENEM. Desde então, foram alçadas varias bandeiras em prol do movimento estudantil, sempre pensando na melhoria da saúde brasileira, em todos os aspectos que ela abrange. O ECEM, portanto, constitui-se, essencialmente, de um espaço de integração dos acadêmicos de medicina aonde a troca de experiências é um fator positivo de engrandecimento pessoal e coletivo, alcançando esferas científicas, políticas e culturais. Além disso, é um ambiente deliberativo histórico, aonde grandes decisões políticas, que guiaram lutas e mobilizações, vem sendo tomadas. Ao raiar dos 30 anos de fundação da DENEM, Fortaleza traz um apelo histórico para sediar o XLVI ECEM, tradicionalmente como ocorre em anos comemorativos da executiva. Além disso, a região nordestina sinaliza a necessidade de uma maior aproximação da direção nacional com as regionais, sendo este um dos pilares do encontro. Por fim, suas raízes culturais, “de riso na boca zomba no sofrer”, transpiram a resiliência e superação nordestina que é tão necessária ao estudante de medicina. Sendo assim, os **Centros Acadêmicos da Universidade Federal do Ceará, da Universidade de Fortaleza; da Universidade Estadual do Ceará; do Centro Universitário Christus em conjunto com a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina** convidam os estudantes de Medicina de todo o Brasil a participarem do 46º Encontro Científico dos Estudantes de Medicina, buscando sempre, como objetivos, fomentar bases para construção

de conhecimento científicos, culturais e políticos, tendo como pilar a integração e a troca de experiência. *“Sou Brasileiro, filho do Nordeste, sou cabra da peste, sou do Ceará”*.

A programação do evento contou com mesas redondas, grupos de trabalho, oficinas e vivências. As mesas, segundo a organização do evento São espaços plenos na programação, ou seja, não ocorrem simultaneamente a outros espaços do Encontro. São convidados 3 palestrantes com experiência e acúmulo na área que discorrem sobre determinado eixo temático. Inicia-se, logo em seguida, um momento para intervenções, considerações e perguntas da plenária e a mesa é concluída com as considerações finais dos palestrantes.

Entre os dias 23 e 26 de Julho houve quatro mesas no 46 ECEM. A primeira foi a mesa de abertura do evento que versou sobre os 30 anos da DENEM. A entidade foi criada no ECEM de 1986, época da famosa 8 conferência nacional de saúde, também em Fortaleza. Três outras mesas foram realizadas. A primeira mesa versou sobre o tema “E o Direito Universal à Saúde?”; a segunda sobre “Opressões” e a terceira e última mesa sobre “Educação Médica”.

Houve Fóruns. Segundo o evento. Trata-se de espaços plenos na programação, ou seja, não ocorrem simultaneamente a outros espaços do Encontro. São convidados 4 palestrantes com experiência e acúmulo na área que discorrem sobre determinado eixo temático. Em seguida, a plenária é dividida em pequenos grupos que debatem o tema do fórum. Com a plenária reunida, uma pessoa de cada grupo socializa o que foi discutido e os 4 palestrantes fazem suas considerações finais. O primeiro fórum foi o IV Fórum Nacional de Escolas Médicas Pagas (FONEMP) e discutiu o tema “Regulamentação das escolas médicas pagas: que direito nós temos?” e o segundo fórum versou sobre o tema “Saúde Mental”.

Na dinâmica dos painéis ocorriam 8 painéis simultaneamente. O Encontrista tem a liberdade de escolher qual participar mas as vagas são limitadas. Seus temas são atuais, relevantes e polêmicos. 2 ou 3 palestrantes com visões opostas ou complementares são convidados para discorrer e debater sobre o mesmo assunto. Há espaço para considerações, intervenções e perguntas da plenária. Os painéis foram divididos em 1 e 2. Os painéis 1 ocorreram na tarde do sábado, dia 23 de Julho, anterior à noturna mesa de abertura do encontro. Os seus temas foram: Violência obstétrica; o papel do médico frente a crise do sistema de saúde; A Criação e avaliação de

faculdades de medicina; os Desafios e caminhos da inserção da ecosaúde no controle do *Aedes sp*; Maconha: proibir ou legalizar?; EBSEH no contexto de sucateamento dos hospitais universitários; O papel da espiritualidade no processo saúde-doença e o oitavo e último tema: Prostituição: limites entre o marginal e o laboral.

Os painéis 2, ocorreram na tarde da segunda-feira, dia 27 de Julho. Contou, desta vez, com sete temas e não com 8 tal como funcionaram os primeiros painéis. Os seus temas foram respectivamente: a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem); a invisibilidade adoece: saúde das mulheres negras; o Poder biomédico: o discurso da verdade e a medicalização do corpo; as Políticas de inserção do médico na saúde pública e a carreira de estado; Atenção social a menores infratores e a redução da maioridade penal; as Cotas e, por fim, as Plantas medicinais foram abordadas a partir da perspectiva dos conhecimentos populares em saúde.

A dinâmica das oficinas. Ocorrem 12 oficinas simultaneamente nos dois primeiros blocos. O Encontrista tem a liberdade de escolher qual participar mas as vagas são limitadas. São espaços dinâmicos que permitem a troca de saberes e fazeres e o envolvimento ativo dos participantes. A pessoa ou grupo convidado apenas facilita este processo.

Os temas das oficinas 1 foram: *a* Reforma sanitária; Doulas; Jovens, substâncias psicoativas e saúde mental; Saúde da População T; Novos métodos de ensino e avaliação; Saúde das populações dos campos, da floresta e das águas; Crise de representatividade dos CAs/DAs: Liderança e aproximação da base; Humanidades Médicas: Medicina centrada na pessoa; LIBRAS em saúde: abordagem médico-paciente; Medicina e Arte; Modernidade e colonialidade em saúde e uma indagação arremata o último tema: Como promover o esporte universitário?

As oficinas 2 versaram sobre a saúde das mulheres encarceradas; a qualidade de vida do estudante de medicina: como promover?; a redução de danos.; as relações entre o Zika vírus e o direito ao aborto.; o tema HIV/AIDS e a ideologia da “peste gay através da sua história e dos seus estereótipos também é contemplada. A influência do currículo oculto na escolha profissional, as práticas integrativas e complementares de saúde.; os Médicos sem fronteiras.; a . apropriação cultural; a educação popular.; a criminalização da política e o debate sobre a assistência e a permanência estudantil completam o rosário das discussões.

As populações marginalizadas nas escolas privadas é o primeiro dos onze temas discutidos nas oficinas do FONEMP. Os demais temas do Fórum Nacional de Escolas Médicas Pagas são a assistência e permanência estudantil nas escolas pagas; a promoção do COAPES nas instituições privadas; o FIES; o PROUNI; a extensão universitária e seu financiamento; os desafios da representatividade da escola privada: a necessidade da construção política nos estudantes; a integração das escolas médicas. Fechando o arco e o leque temático do Fórum se encontram e ganham guarida no debate a busca da união entre a IES pública e privada; o aumento abusivo de mensalidade; as aberturas e o funcionamento de CLEVs . e as Opressões.

O II ENLAS – Encontro Nacional das Ligas Acadêmicas em Saúde também teve seu momento no ECEM. Ocorreu na tarde e na noite da terça feira, dia 26 de Julho. O Encontro Nacional de Ligas Acadêmicas em Saúde (ENLAS) tem como objetivo reunir Ligas Acadêmicas (LAs) de todo Brasil para trocar experiências em ensino, produção de conhecimento, extensão e prática clínica. Além disso, o Encontro contará com espaços de capacitação em criação, organização e regulamentação de LAs.

Os Espaços Deliberativos do ECEM. Surgido em 1969, na cidade de Salvador-BA, o ECEM é o maior espaço deliberativo do Movimento Estudantil de Medicina (MEM). Desde o ECEM que fundou a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), na cidade de Fortaleza-CE, em 1986, é esta entidade representativa nacional que organiza o encontro em conjunto com um ou mais Centros e Diretórios Acadêmicos (CAs e DAs) de medicina de determinado local.

Segundo a concepção social, cultural e política das entidades que o organizam, todos os estudantes de medicina inscritos no Encontro tem direito a expressar sua opinião de *forma livre, horizontal e democrática*; de participar ativamente do processo de tomadas de decisões e de votar em todos os espaços com exceção da ROEx (Reunião dos Órgãos Executivos da DENEM) e das Reuniões de Regional (RRs), em que só votam representantes dos CAs e DAs. Os espaços deliberativos e de discussão do ECEM 2016 foram: a *Reunião dos Órgãos Executivos da DENEM (ROEx)*. Trata-se de uma reunião das Coordenações da DENEM, CAs e DAs e estudantes de medicina do Brasil. Debate e delibera, geralmente, sobre assuntos relevantes e atuais e define posicionamentos. Todos os estudantes tem direito a voz neste espaço. No entanto, só os representantes de CAs e DAs podem votar.

Um país complexo e multicultural como o Brasil possui realidades muito diversas e dispares. É aí que opera e atua o momento deliberativo da chamada *Reunião Regional (RR)*. No ECEM, o Brasil é dividido em 9 Regiões para facilitar o contato das Coordenações da DENEM com os estudantes. Elas são: Sul 1 (SC, RS), Sul 2 (SP, PR), Sudeste 1 (RJ, ES), Sudeste 2 (MG), Centro Oeste (MT, MS, DF, GO, TO), Nordeste 1 (SE, BA, AL), Nordeste 2 (PE, PI, CE, PB, RN) e Norte (AM, PA, RR, RO, AP, MA, AC). Uma Reunião Regional (RR) é um reunião de estudantes, CAs e DAs de uma mesma região. Como na ROEx, só votam representantes dos CAs e DAs mas todos tem direito a voz.

A *Plenária do Abertura* oficializa o início do evento, trazendo a temática geral, na presença de representações estudantil, acadêmicas e políticas; Na *Plenária do Ato* participam e tem voto todos os estudantes inscritos no Encontro. Discute e delibera sobre o tema, pautas e a organização do Ato Público que será realizado durante o ECEM 2016.

Nos *Grupos de Discussão e Trabalho (GDTs)* participam e tem voto todos os estudantes inscritos no Encontro. São grupos de discussão de temática específica que tem como principal finalidade levantar proposições que serão sistematizadas e encaminhadas para apreciação na plenária final.

A chamada Mesa de Negociação dos GDTs é o momento em que ocorre a sistematização das propostas construídas nos diferentes GDTs, a fim de unir propostas comuns para serem encaminhadas para apreciação na plenária final.

Depois desse percurso deliberativo, chegamos à Plenária Final. Ela é o maior espaço deliberativo do Movimento Estudantil de Medicina. Participam e tem voto todos os estudantes inscritos no Encontro. Ela aprecia, discute e encaminha as propostas sistematizadas na Mesa de Negociação. O texto aprovado na Plenária Final se torna o posicionamento oficial da DENEM e dos estudantes de medicina do Brasil sobre as temáticas dos GDTs.

Vejamos o encontro sobre outras perspectivas. Num relato pessoal de um organizador. Na proposição de temas via redes virtuais como o Whatzap e na articulação de movimentações e mobilização de estudantes tendo em vista questões nacionais e internacionais.

Em relato enviado à pesquisa no dia 8 de Agosto de 2016, Weskley Santos, membro do Centro Acadêmico XII de Maio do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará e um dos organizadores do evento pondera que

O ECEM, Encontro Nacional dos Estudantes de Medicina, organizado desde 1969, constitui-se de um espaço de integração dos estudantes de medicina de todo o país, no qual se propiciam a troca de experiências e o engrandecimento pessoal e coletivo dos acadêmicos no que tange tanto em aspectos políticos quanto sociais e culturais. O encontro é o maior espaço deliberativo da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, a DENEM, no qual, ao longo de seu processo histórico, vêm sendo tomadas decisões políticas que guiarão as lutas e mobilizações da classe estudantil médica. Nesse ano, em Fortaleza, ocorreu o 46º ECEM, que foi organizado, com o apoio da DENEM, pelos Centros Acadêmicos das escolas médicas da cidade, sendo elas a Universidade Federal do Ceará, a Universidade Estadual do Ceará, a Universidade de Fortaleza e o Centro Universitário Christus. Eu, como membro do Centro Acadêmico XII de Maio, da UFC, pude acompanhar junto com outros colegas de curso todo o processo de organização do evento que se iniciou em Janeiro, após a escolha de Fortaleza como cidade-sede do ECEM no COBREM 2016 (Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina). Diante das diversidades de cada escola médica que participou da organização, pude perceber que, apesar de compartilhar problemas em comum na formação, como a sobrecarga de estudo durante a graduação, ou a questão da saúde mental do estudante de medicina, cada escola médica possui diversos problemas próprios que se devem, em grande parte, às particularidades de seu sistema de ensino ou do tipo de financiamento da universidade, seja pública ou privada. Todavia, esses debates dentro da organização, durante a decisão dos temas que viriam a ser abordados durante o Encontro, foram fundamentais até mesmo para a própria formação da comissão, tendo em vista que pudemos tomar conhecimento de problemas alheios à realidade de alguns, mas cuja discussão é fundamental para a mobilização do Movimento Estudantil, pois torna-o cada vez mais inclusivo e com maior representatividade. Dentre os espaços ocorridos no ECEM, houve o ENLAS, Encontro Nacional das Ligas Acadêmicas de Saúde, organizado pela Coordenação Científica (CoCien) da DENEM. No espaço foram discutidos assuntos como a importância das Ligas Acadêmicas para a integração do ensino com a comunidade, a regulamentação das ligas e as suas diversas formas de atuação diante das particularidades de cada universidade e realidade da comunidade em que está inserida, e a importância da integração do tripé acadêmico (ensino, pesquisa, extensão) nas atividades das ligas. Diante das falas do espaço, ficou ressaltado sobre o modelo atual de atuação das ligas em suas atividades de extensão, nas quais acabam por se tornar de cunho assistencialista e com pouco impacto social, haja visto que, na maioria das vezes, acabam sendo realizadas atividades pontuais em locais, como shoppings ou escolas particulares, onde a ação acaba por não atingir adequadamente as populações com maior necessidade de tais atividades. Diante disso, pôde-se perceber a importância, a necessidade e formas de favorecer a expansão de atividades de extensão que buscam impactos socialmente relevantes, em que haja um acompanhamento mais prolongado da situação da comunidade, sempre buscando soluções ou propostas para que isso ocorra de forma mais eficiente. Da mesma forma, ressaltou-se, no campo da pesquisa, a importância de dar um retorno à sociedade, fazendo com que a comunidade não seja apenas de experiências, mas que também seja uma das principais beneficiadas pelos projetos de pesquisa e da produção de conhecimento acadêmico. No ENLAS, também ocorreu um espaço em que

diversas ligas puderam criar oficinas em que apresentaram aos congressistas alguma de suas atividades, dando a oportunidade de compartilhar experiências com os congressistas e difundir ainda mais a produção de conhecimento científico. Ao fim do congresso e de toda a sua organização, pude ter diversas constatações, apesar de não ter tido a chance de participar de muitos espaços. Encontros desse tipo, em que podemos compartilhar experiências com pessoas que estão em realidades diferentes da nossa, são ambiente férteis para discussões produtivas e enriquecedoras, tendo em vista que podemos debater e tomar conhecimento de como problemas que enfrentamos na nossa realidade são resolvidos em outros contextos e, a partir disso, podemos construir algo que possa vir funcionar efetivamente. Além disso, temos a chance também de conhecer adversidades alheias às nossas e ver como as pessoas conseguem dribrá-las, servindo a nós como modelos a serem seguidos em quaisquer situações que nos venham a ocorrer, muitas das vezes, auxiliando-nos não só em nossa formação acadêmica, mas também em nossas próprias vidas.

Os relatos de vivência são solicitados em grupo do Whatzap. No dia 7 de Agosto é postado no grupo “ECEM do Amor” do WhatZap uma solicitação de um relato de vivências no Encontro. Afora as vivências ressaltamos ainda a exposição científica de banners e apresentações orais e artísticas em que foram filmados e fotografados diversos outros momentos nos alojamentos e na organização de uma manifestação e ato político ocorrida entre a Praça da Imprensa e a Assembleia Legislativa do estado do Ceará.

Ei , Você aí! Que participou do ECEM- Fortaleza, que tal nos mandar um relato da vivência que participou? As vivências são atividades que se propõe levar o estudante à conhecer os serviços em saúde oferecidos à população e espaços de produção e organização social em saúde. Para além de uma visita técnica, os alunos têm a oportunidade de (re)conhecer a realidade da comunidade local, atentando aos fatores sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais que estão intimamente ligados ao processo de saúde-doença. Esperamos vocês! Envie seu relato para o e-mail: [cexu.denem@gmail.com](mailto:cexu.denem@gmail.com).

E é nesse mesmo grupo que nos deparamos com o esboço de uma articulação mundial dos estudantes de medicina. Trata-se de uma demanda feita pela Organização Mundial da Saúde enviada a 25 associações de estudantes de medicina espalhadas pelo mundo. Essa demanda articula o tema do planejamento familiar, a saúde sexual e reprodutiva e a forma como esse tema é abordado no currículo das escolas médicas dos países envolvidos no levantamento. Junto a solicitação é enviado um questionário que deve ser respondido por estudantes do sexto ano. No dia 6 de Agosto é whatzapeada no grupo ECEM do Amor, a seguinte chamada.

A DENEM, juntamente com outras 25 associações de estudantes de medicina ao redor do mundo, está participando de uma pesquisa do **Departamento de**



**Saúde Sexual e Reprodutiva da OMS ( Organização Mundial de Saúde).** O objetivo da pesquisa é **avaliar como o tema de planejamento familiar é abordado no currículo das escolas médicas dos países envolvidos.** A pesquisa é voltada para estudantes do **SEXTO ANO.** Se você é aluna/o do sexto e quer nos ajudar, preencha o formulário até o dia 10 de Agosto. **Esperamos que o resultado nos ajude a promover um ensaio de qualidade e voltado às necessidades dos povos e suas diversidades.** Segue link do formulário. Público alvo: acadêmicos do sexto ano de medicina. **Prazo: 10 de Agosto de 2016.** Qualquer dúvida, envie um e-mail para o Carlos Acosta: [ra.scora.pamsa@gmail.com](mailto:ra.scora.pamsa@gmail.com). Desde já agradecemos, AbraSUS. Ajuda a gente! Pede pros amigos do sexto ano responderem, é rapidinho.

Ao mesmo tempo, questões organizativas e burocráticas ligadas ao atraso na expedição e no envio dos certificados também compõe a discussão no grupo. Diante da intensa solicitação de estudantes pelos diplomas, alguns membros da coordenação da comissão organizadora deram o seguinte relato no grupo ECEM do Amor. Nele, a natureza da atividade que envolve esse pedido para um “ estudante de medicina” e o ritmo de estudos é mencionado e posto em perspectiva. No dia 24 de Setembro foram publicadas as seguintes trocas de mensagens.

A participação, a solidariedade, a cooperação, os impasses, as dificuldades, as aprovações e avaliações acerca da organização do evento feita pelos estudantes que participaram do mesmo, as críticas, as evasões e o nível de comprometimento dos estudantes de medicina num evento estudantil organizado e protagonizado por eles mesmos podem ser aqui observados diante dessa demanda.

Pessoal, como vocês já devem ter percebido, a COECEM está mais uma vez passando por alguns problemas. Todo evento organizado por estudantes começa bem antes do dia em que ele é marcado e termina bem depois do dia em que ele termina. Muitas vezes os estudantes que se comprometem a organizar acabam esvaindo em uma das etapas e isso prejudica muito o andar da carruagem. No caso da COECEM isso aconteceu em todas as etapas e alguns poucos estudantes acabaram por assumir trabalhos árduos para si. *Isso é maçante, na vida de um estudante de medicina,* e não é fácil ver tanto trabalho receber avaliações ruins. Peço um pouco de paciência com as poucas pessoas que restaram da COECEM pois elas são pouquíssimas para resolver muitos certificados. Com certeza eles farão essa última etapa com atenção e cuidado pois sei que os que ainda permanecem na luta são bastante competentes. Obrigada pela atenção. (...) Mais uma vez peço a compreensão de vocês. A grande maioria do COECEM sumiu depois do evento e as pessoas que ainda tentam ajudar estão sobrecarregadas. Eu não garanto mandar os certificados imediatamente porque *estou num semestre muito puxado,* mas farei o que puder. [Grifos meus]

Nesse momento, uma troca de mensagem sugere a participação de alguém da DENEM nessa atividade. "(...) peça a ajuda da DENEM, não sei se eles poderiam ajudar de alguma forma” . Em seguida, lemos como resposta: “Já existe gente da

DENEM ajudando. Os certificados que vocês receberam foram feitos por gente da DENEM pelos problemas.”








Com esses dois últimos exemplos inscritos nos tópicos podemos perceber como os estudantes podem se mobilizar desde questões globais e mundiais como a demanda trazida pela Organização Mundial da Saúde, como também serem acionados por questões e demandas mais locais - como as que envolvem a certificação dos estudantes num evento. Em todas elas testemunhamos o papel das redes sociais e virtuais de comunicação <sup>319</sup>.

### 5.7 Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (CENEPES) – a preparação de um próximo encontro

Estipulada e desenhada o esboço institucional de um encontro e uma chamada a a participação de uma pesquisa a nível mundial, destacamos a movimentação para a organização de um encontro ainda dentro de um outro encontro. Durante o ECEM já era preparado o terreno para o 28 CENEPES <sup>320</sup>, a ser realizado entre os dias 21 e 25 de Setembro de 2016 em Campo Grande/MS. Trata-se de um dos dois último evento registrado em nosso pesquisa antes de sua finalização <sup>321</sup>.

---

<sup>319</sup> Ver CASTELLS, Manuel. **Redes de Indignação e Esperança**: movimentos sociais na era da Internet. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. Inclui posfácio do autor sobre o Brasil.

<sup>320</sup> Mal chegou ao fim o evento do CENEPES, a DENEM já iniciava a mobilização dos estudantes para o XXIX COBREM ( Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina) a ser realizado entre os dias 10 e 10 de Janeiro de 2017 em São Paulo. É o que podemos contatar na postagem realizada pela entidade na sua página no dia 28 de Setembro de 2019 junto ao pôster do evento. “ *XXIX Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina está marcado! Em São Paulo, de 10 a 19 de janeiro, esperamos vocês para o maior encontro de todos os tempos! A medicina é de luta! A DENEM é de luta!*. ” Essa postagem ocorreu logo após outra publicação feita na mesma página da entidade, no dia 27 de Setembro sobre o CENEPES. “    *E mais um Seminário do #CENEPES chega ao fim (totalmente contra nossa vontade, claro  )... Foi revigorante e inspirador encontrar tantas pessoas dispostas a lutar pelo melhor! Obrigado ao #CAMEDGH e #CoCENEPES pela organização impecável e a todos que participaram do #CENEPESCG ! A gente se vê na próxima   #DENEM #GRATIDÃO”*

<sup>321</sup> O Outro é II Curso de Atenção Multidisciplinar a Saúde do Idoso que conta com a participação da Liga de Geriatria e Gerontologia da UFC. Ele ocorrerá entre os dias 22 de Setembro e 15 de Outubro de 2016. intercalando as terças, quintas e sábados. Atividades que tangenciam essa discussão ocorreram entre os dias 14 e 21 de Maio de 2016 . No dia 2 de Maio, no site da UFC, nos é informado que o Hospital Walter Cantídio abriu inscrições para cuidadores de idosos. “Estão abertas, até o preenchimento das 50 vagas, inscrições para o 18º Treinamento para Cuidadores e Familiares de Pacientes Idosos Portadores de Demência, uma iniciativa do Centro de Atenção ao Idoso, Serviço de Geriatria do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), em parceria com o Instituto de Geriatria e Gerontologia do Ceará (IGC). As inscrições estão sendo realizadas no Ambulatório de Geriatria do HUWC (Rua Coronel Nunes de Melo, s/n, Rodolfo Teófilo, ao lado da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand), de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h. A taxa de inscrição é de R\$ 80,00, para impressão de material didático e ajuda de

O 28º Seminário do CENEPES já tem data e local: de 21 a 25 de setembro de 2016 em Campo Grande-MS! O Seminário do CENEPES é um encontro de aprofundamento das pautas das coordenações presentes dentro do Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (CENEPES), o qual faz parte da estrutura da DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina). O evento possui o intuito de expandir o acúmulo das temáticas de debate trazidas pela DENEM acerca da saúde, educação médica e das temáticas políticas e sociais, assim como tratar do seu aprofundamento de modo didático, sendo esse, o caráter principal do Seminário do CENEPES. O evento, de caráter nacional, inclui fóruns, vivências, debates, oficinas, apresentações de trabalhos científicos, festas e muito mais! Não perca a oportunidade de viver 5 dias de integração e Conhecimento! Vem pro CENEPES CG você também! - INSCRIÇÕES: \* Valores e Lotes 1º Lote: de 22/07 a 13/08; 2º Lote: de 14/08 a 27/08; 3º Lote: de 28/08 a 16/09. Após o fim do 3º Lote, realizaremos inscrições no dia do evento com os mesmos valores. Porém, aqueles que realizarem suas inscrições no dia 21/09 não ganharão o Kit do Participante. Você tem 3 opções para participar do nosso evento, adquirindo: apenas a programação ou programação + alimentação ou programação + alimentação + alojamento. - Apenas programação: inclui todos os espaços e culturais. 1º Lote: R\$ 70,00; 2º Lote: R\$ 90,00; 3º Lote: R\$ 120,00. - Programação + Alimentação: inclui todos os espaços e culturais, juntamente com 3 alimentações diárias (café da manhã, almoço e janta) 1º Lote: R\$ 100,00; 2º Lote: R\$ 120,00; 3º Lote: R\$ 150,00. - Programação + Alimentação + Alojamento: inclui todos os espaços e culturais, 3 alimentações diárias (café da manhã, almoço e janta) e alojamento na própria universidade. 1º Lote: R\$ 130,00 2º Lote: R\$ 160,00; 3º Lote: R\$ 180,00. Temos inscrições presenciais e via Eventbrite (on-line). \* Inscrições on-line: <https://www.eventbrite.com.br/e/xxviii-seminario-do-cenepes-campo-grande-registration-26721466626?aff=eac2> (será cobrada uma taxa de serviço que vai para o próprio site, além do preço normal da inscrição)\* Inscrições presenciais: . Na UFMS: Ludmila (med20) - 67 98100 2929 Natália Ceni (med20) - 67 99218 2469 Brenda Lee (med21) - 62 9403 8599. Na UEMS e Uniderp: Faremos plantões de venda que serão divulgados aqui. . Inscrição móvel (!!!): Se você mora em Campo Grande e está realmente muito ansioso para garantir sua vaga para os melhores 5 dias da sua vida, entre em contato que vamos aí na sua casa realizar sua inscrição! Ludmila - 67 98100 2929.\* Inscrições inclusivas: envie um email para [28cenepescg@gmail.com](mailto:28cenepescg@gmail.com). \* Inscrição para Gestão DENEM 2016: entre em contato com alguns de nossos Coordenadores Regionais - Arnaldo, Clara e Alice Reis. - PROGRAMAÇÃO: A programação do Seminário do CENEPES é construída coletivamente e precisa ser aprovada em uma RoEx (reunião dos órgãos executivos), ou seja, um reunião com vários Diretórios Acadêmicos do Brasil. Estamos aguardando a aprovação da nossa programação, que deve ocorrer durante o ECEM ( Encontro Científico dos Estudantes de Medicina ) que esta ocorrendo nesse momento em Fortaleza! ♥

---

custo aos professores convidados. Também é necessário apresentar documento de identificação com foto, como a Carteira de Identidade. O treinamento ocorrerá nos dias 14 e 21 de maio, no Auditório Paulo Marcelo (bloco didático da Faculdade de Medicina da UFC – Rua Alexandre Baraúna, 949, Rodolfo Teófilo). Totalizando 20 horas/aula, o curso é aberto à participação do público em geral, em especial aos cuidadores profissionais, familiares e pessoas interessadas no cuidado ao idoso com demência. Serão temas abordados no treinamento: manifestações clínicas das demências, com ênfase na Doença de Alzheimer; direitos do idoso; cuidados com medicamentos; cuidados de enfermagem; alimentação do idoso; aspectos psicológicos e suporte do cuidador; mobilidade; terapia ocupacional; saúde bucal, dentre outros. O treinamento faz parte do cronograma de atividades do Projeto de Extensão de Apoio aos Cuidadores e Familiares de Idosos Portadores da Demência de Alzheimer, da UFC”.

Dessa forma, assim que a programação for aprovada e/ou modificada, divulgaremos para vocês. Mas garanto que estará incrível!

Finalizando esse capítulo voltemos e visitar as impressões dos estudantes da Liga de Geriatria se reportaram ao tema da educação Médica<sup>322</sup>

Árdua missão de formar médicos com visão ampla de cuidado integral à saúde, em um sistema que não favorece nem permite tempo para dedicar-se a tal arte além da prescrição de medicamentos. (...) Algo que precisa ser melhorado (...) É a ação de preparar seres humanos para lidar diretamente com a vida de outras pessoas, sendo necessária dedicação para educar de maneira eficiente e correta os novos profissionais. (...) Uma responsabilidade muito grande, pois é ter de saber preparar alguém pra lidar com a vida de outras pessoas, é assumir a formação de profissionais que estarão sempre andando na linha tênue entre o mar de rosas e o abismo. (...) reflexo das universidades (...)Área encantadora, com suas dificuldades e sua racionalidade. (...) Capacitar os profissionais de saúde e proporcionar meios pelos quais eles irão atuar para melhorar a saúde, reverter epidemias, etc.

Partamos agora para o nosso quinto capítulo. Já percorremos a história da educação médica e alguns dos seus pressupostos, o contexto e a trajetória das Ligas Acadêmicas, percebemos as narrativas e os saberes e poderes que a atravessam e mesmo a relação das ligas acadêmicas com o movimento estudantil. Agora vejamos como os aspectos tecnológicos percorrem essas questões, os processos de ensino- aprendizagem e as metodologias neles inscritos.

O próprio mapeamento e acompanhamento de várias Ligas Acadêmicas distribuídas, pela nossa pesquisa, temática e regionalmente, país afora, foi potencializado por conta das ferramentas virtuais. Vamos ver isso em perspectiva histórica. Mas, vale aqui uma observação nietzschiana em chave foucaultiana<sup>323</sup>, todo cuidado com o perspectivismo , é pouco.

## 5.8 Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina

A ser realizado em Janeiro de 2017, o COBREM assim é anunciado na página virtual da entidade<sup>324</sup> publicada em 3 de Outubro no Facebook<sup>325</sup>.

---

<sup>322</sup> Pergunta realizada em nosso questionário.

<sup>323</sup> Ver FOUCAULT, Michel. **Nietzsche, a genealogia e a história**. IN: MACHADO, Roberto. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. Pp 15-37.

<sup>324</sup> A DENEM foi recentemente reconhecida internacionalmente pela sua atuação. Uma postagem de 6 de outubro de 16 indica que "Mais uma vez a DENEM é reconhecida internacionalmente pela sua atuação junto aos estudantes na luta por saúde e educação públicas e de qualidade! "It is interesting to note the crucial role of undergraduate students while these developments were happening, with representation through local and national organisations like DENEM (National Executive of Medical Students). In a

TÁ NA DÚVIDA SOBRE O QUE É COBREM? CALMA QUE A GENTE TE AJUDA! O Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM) é um evento nacional da DENEM que acontece no início de todos os anos, com a participação de estudantes de medicina de todo o Brasil. Além de ser um importante espaço de formação, ele é uma instância deliberativa da Executiva, que cumpre a função de realizar todo o planejamento da DENEM para o ano que se segue. Por isso, o COBREM é um dos principais espaços de construção coletiva e democrática da DENEM, garantindo que todas as bandeiras que levantamos sejam construídas com base na nossa voz: a dos estudantes! O COBREM reúne os estudantes para planejarmos estrategicamente a atuação do movimento estudantil de medicina brasileiro, focando em saúde e SUS, educação, opressões, saúde dos estudantes de medicina, educação em saúde e outros tantos temas fundamentais para o embasamento de nossas ações e reivindicações, que se inserem no nosso debate cotidiano. Todos os estudantes de medicina têm direito a voz no COBREM e participam ativamente de todas as etapas do planejamento da Executiva. Além disso, o Congresso também tem a finalidade de eleger a gestão da DENEM do próximo ano, votando-se a Sede Nacional, as Coordenações de área, as Assessorias; e de respaldar as coordenações regionais eleitas. MAS O QUE É A DENEM MESMO? A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) foi fundada há exatos 30 anos e cumpre o papel de representar todos os estudantes de medicina brasileiros. A atuação da DENEM se dá, principalmente, nas nossas lutas cotidianas junto aos Centros e Diretórios Acadêmicos. Para fazer isso, a DENEM se divide em regionais, que cumprem a função de canal de diálogo com os estudantes para capilarizarmos nossas ações e possibilitar que elas sejam pensadas conjuntamente com todos os estudantes que querem construir a Executiva. Para acompanhar melhor a DENEM, você pode curtir a nossa página no Facebook ( <https://goo.gl/NEZWyl> ) também! Qualquer dúvida pode ser tirada por lá ou ser perguntada diretamente a qualquer pessoa que compõe a gestão 2016. E O XXIX COBREM SP? O XXIX COBREM acontecerá na cidade de São Paulo, no período entre 10 e 19 de janeiro de 2017. Ele será sediado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e está sendo organizado por estudantes de diversas faculdades dos estados de São Paulo e Paraná e pelo coletivo NegreX. Para esse ano, o tema do COBREM será “Estudante que me ouves, sai da tua prisão: a crise contemporânea e o papel dos estudantes”. Trabalharemos diversos temas,

---

context of political crisis which threatened to dismantle the SUS, the impact was immense.” (Kumar et al, 2016). O artigo foi publicado na revista "Education for Primary Care! e compõe uma edição especial para a World Organisation of Family Doctors (WONCA) Conference.” A tradução da passagem transcrita é: "é interessante notar o papel crucial dos alunos de graduação enquanto estes desenvolvimentos estavam acontecendo, com representação através de organizações locais e nacionais como denem (Executiva Nacional de estudantes de medicina). Em um contexto de crise política que ameaçou desmontar o SUS, o impacto foi imensa." (Kumar et al, 2016). Ver “ Primary care education: medical student and young doctor’s perspective from Brazil, India e Portugal”. <http://www.tandfonline.com/.../10.1080/14739879.2016.1225519>

<sup>325</sup> Intercâmbios internacionais e acordos bilaterais também foram anunciados nesse período. “[EDITAL NBC 2017]. A Coordenação de Estágios e Vivências (CEV), informa que se encontram abertas as inscrições para o processo seletivo do Núcleo Brasil-Cuba (NBC), ano 2017! O NBC é um programa de intercâmbio que consiste em um acordo bilateral entre a DENEM e a Federación Estudiantil Universitaria (FEU). É caracterizado por vivência e contato com as realidades distintas entre #Brasil e #Cuba, incentiva o debate e a reflexão crítica sobre os diferentes sistemas de saúde, de educação, assim como sobre aspectos da diversidade social e cultural correlacionado ao sistema político-econômico de cada um. Observem os prazos e preparem-se! Quaisquer dúvidas entrem em contato com suas CLEVs mais próximas ou diretamente conosco.#CLEV #CEV #Intercâmbios #DENEM #NBC”

entre eles a ascensão do fascismo nos tempos atuais, a crise do espaço público e a mercantização de nossas vidas e a exclusão dos oprimidos. Todas as novidades serão postadas aqui na nossa página. Por isso, curtam, compartilhem e tirem toda e qualquer dúvida por aqui! Esse evento é de todos nós e faremos juntos, com que ele seja cada vez maior!

No dia seguinte, uma postagem correlata realizada na página da Coordenação do Meio Ambiente da DENEM. Trata-se de um grupo aberto da Coordenação de Meio Ambiente (COMA) da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). Um espaço para debater temas que revelam a interface entre saúde e meio ambiente, funcionando também como um canal aberto com a gestão. Segundo a página, através desse canal e portal virtual, se tenta trazer diversos debates sobre saúde e meio ambiente, os quais, apesar de extremamente importantes, são esquecidos nos currículos das escolas médicas. Daí a importância da criação e manutenção de espaços como este.

Nesse momento, a entidade explica o que são os delegados do evento. Nela podemos ver, ainda que de forma abreviada e sumária, quais são os critérios que norteiam a participação e a representação social, cultural e políticas dos estudantes de medicina naquele que é considerado o maior evento da entidade.

LÁ VEM COISA NOVA, PESSOAS MARAVILHOSAS!!!QUEREM ENTENDER O QUE SÃO OS DELEGADOS, O QUE FAZEM, PRA QUE SERVEM, ONDE FICAM, PRA ONDE IRÃO??? HOJE, AQUI, NESSA POSTAGEM! NÃO DEIXEM DE LER! NÃO PERCAM O MAIOR E MELHOR EVENTO DE TODOS: COBREM 2017, NA SELVA DE PEDRA QUE ROMETEMOS QUE TERÁ MUITO AMOR.O QUE SÃO OS DELEGADOS DO COBREM? O XXIX Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM) é a instância deliberativa da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) responsável pela realização do planejamento da mesma para o ano de 2017. Todos os estudantes de medicina têm direito a voz no COBREM, sendo que somente têm direito a voto, nas plenárias e demais espaços, os delegados previamente credenciados e devidamente identificados, segundo o presente edital: <https://goo.gl/x3kCk3>. QUAL A FUNÇÃO DOS DELEGADOS DO COBREM?. Quando não há consenso entre os estudantes, voto dos delegados é necessário nos espaços deliberativos tanto para planejamento da DENEM quanto para eleição da gestão da DENEM 2017 (sede nacional, coordenações do centro de estudos e pesquisa em saúde, assessorias; e respaldar coordenações regionais eleitas em reuniões regionais). QUEM PODE SER DELEGADO? Cada escola médica tem direito a eleger um delegado a cada 100 estudantes matriculados, os quais devem ser eleitos por seus respectivos pares para serem representantes do corpo discente. Esse processo eleitoral destina-se a todo e qualquer estudante que esteja matriculado em curso de graduação em medicina no Brasil durante o processo de eleição de delegados. Além disso, cada centro ou diretório acadêmico de cada faculdade pode indicar 1 representante como delegado para ser representante da coordenação local.



## 6 EDUCAÇÃO MÉDICA, PRÁTICAS CULTURAIS, METODOLOGIAS EDUCACIONAIS E TECNOLOGIAS MÉDICAS

Numa passagem do seu Chão de Ferro Pedro Nava mostra em perspectiva histórica como a velocidade<sup>326</sup> e o avanço das comunicações<sup>327</sup> e a epidemiologia<sup>328</sup> possuem um impacto nas formas como os saberes médicos são abordados.

*Synochus catarrhalis* era o nome de uma doença epidêmica, clinicamente individualizada desde tempos remotos e que periodicamente, cada vez com maior extensão, assola a humanidade. Essa extensão está relacionada à velocidade sempre crescente das comunicações. Seu contágio já andou a pé, a passo de cavalo, a velocidade de trem de ferro, de navio e usa, nos dias de hoje, aviões supersônicos – espalhando-se pelo mundo em dois, três, quatro dias. Quando passou pela Itália ( na epidemia de 1802 que tão duramente castigou Veneza e Milão), recebeu nome que fez fortuna: *Influenza*. O termo pegou, passou para linguagem corriqueira e lembro de tê-lo ouvido empregado por minha avó materna, em Juíz de Fora, na minha infância – a Dedeta não pode ir às Raithe porque está de cama com uma influenza; ou a Bertha está calafetada dentro do quarto, de medo da influenza. O nome *gripe* vem do meio do século passado e foi primeiro empregado por Sauvages, de Montpellier, tendo em conta o aspeto tenso, contraído, encrespado, amarrotado – *grippé* – que ele julgou ver na cara de seus doentes. Parecendo ser da entidade em questão, a literatura médica está cheia da descrição de surtos epidêmicos ( epidemias dos anos de 473, 876, 1510, 1580, 1587, 1676, 1730, 1733, 1773, 1775, 1802, 1830, 1835, 1837, 1847, 1867, 1870, 1873, 1875, 1880, 1881, 1886, 1889 e de 1918) de que alguns assumiram aspecto pandêmico, assolando todas as grandes aglomerações humanas, como o de 1733, que marca a primeira passagem oceânica de mesma epidemia

---

<sup>326</sup> Sobre as relações entre a velocidade, a política, as guerras e a Ortopedia, uma das especialidades médicas, ver o capítulo Corpos Incapazes no livro *Velocidade e Política* de Paul Virilio ( 1996). Ver ainda sobre a relação entre guerras e a medicina, o livro *Vencendo a Morte: como as guerras fizeram a Medicina evoluir* de J. M. Orlando ( 2016).

<sup>327</sup> Sobre as relações entre transportes e comunicações, ver *A Opinião e as Massas* de Gabriel Tarde (1992). Talqualmente Nava colocou nessa passagem, a velocidade epidemiológica com a qual uma doença pode ser propagada cabe nesse dito vitalista tardiano “ *O que a coisa social, como a coisa vital, deseja acima de tudo é propagar-se e não organizar-se*”. O vitalismo de Nana e o de Tarde parecem aqui ressoar. Outra curiosa e interessante ressonância conceitual se deu durante a palestra “Arbovírus Zika: a ponta do iceberg?” ocorrida no dia 19 de Maio de 2016 na ADUFC. Expus a frase de Gabriel Tarde supracitada após a exposição do tema proferido pelo Prof. Eurico de Arruda Neto do Centro de Pesquisa em Virologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Se, por um lado, ainda há muito a percorrer no campo das relações entre epidemiologia e tecnologia, por outro, parecem haver interessantes aproximações entre as propostas de Tarde e a virologia atual. O professor me disse que a frase *poética* o sugeria uma leitura dos vírus enquanto um *coletivo de possibilidades*. A ideia de possibilidade aparece aqui ainda um pouco encerrada sobre uma ontologia matemática leibniziana e de característica bioestatística. No entanto, a alusão ao termo poético confere à resposta do professor também uma outra leitura. Uma abertura ao campo intuitivo dos possíveis, e uma aproximação maior com o pós-leibniziano Gabriel Tarde que abriu historicamente as mônadas de Leibniz. O poético pode aqui ser aproximado com o tema da intuição como método por Gilles Deleuze no seu Bergsonismo a partir da análise filosófica da obra de Henri Bergson . O vídeo com a palestra , a pergunta e a resposta do professor está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PI0HKLuBFQ0> . Ver o filme “ Contágio” Dir. Steven Soderbergh .

<sup>328</sup> Ver *Epidemiologia e Cultura* de James A. Trostle. (2013)



propagada da Europa à América; os de 1837, 1847, 1889 e finalmente o de 1918 que varreu o mundo, causando maior número de mortes que a Primeira Grande Guerra. Diziam que sua mãe era a trincheira e seu pai, aquele filho da puta do Kaiser. Seu nome de batismo foi *Influenza espanhola* ou mais simplesmente *Espanhola*. Não, seus pais não foram a Conflagração Europeia e o Imperador Guilherme II. Ela nasceu da *influência*, desta coisa imprecisa, desprezada pelos modernos mas entretanto existente – que são as coincidências telúricas, estacionais e atmosféricas responsáveis pela chamada constituição médica de determinadas doenças no tempo – a *constitutio* dos clássicos, com que se traduziu para o latim a palavra grega (...) que aparece em vários trechos de Hipócrates exprimindo as vicissitudes dos ares, dos lugares, das estações e sua responsabilidade na gênese das moléstias. Pois sínoco de catarro, influenza, gripe ou como queiram chama-la – a espanhola instalou-se entre nós em setembro, cresceu no fim desse mês e nos primeiros do seguinte. No dia 11 de Outubro já era problema tão grave que Carlos Seidl pede ao ministro autorização para contratar pessoal extraordinário que permitisse à Saúde Pública funcionar a contento na emergência que se desenhava. Tornou-se calamidade de proporções desconhecidas nos nossos anais epidemiológicos nos dias terríveis da segunda quinzena de outubro e sua morbidade e mortalidade só baixaram na ainda trágica primeira semana de Novembro. Comecei a sentir o troço numa segunda-feira de meados de outubro em que, voltando ao colégio, encontrei apenas onze alunos do nosso terceiro ano de quarenta e seis. Trinta e cinco colegas tinham caído gripados de sábado para o primeiro dia da semana subsequente. Chegamos ao colégio as 9 horas. Ao meio dia, dos são, entrados, já uns dez estavam tiritando na Enfermaria e sendo purgados pelo Cruz. À uma hora o diretor Laet, o Quintino, o médico da casa, o Leandro e o Fortes passaram carrancudos nos corredores e foram se trancar no Salão de Honra. Às duas, assistíamos a uma aula do Thiré, quando entrou o próprio chefe de disciplina. Disse umas palavras ao nosso professor que logo declarou sua aula suspensa e que, por ordem do diretor, devíamos subir para os dormitórios, vestir nosso uniformes de saída e irmos o mais depressa possível para nossas casas. O colégio fechava por tempo indeterminado. Sobretudo que não nos demorássemos na rua Voltei rapidamente para Major Ávila, 16. Quando eu saíra de manhã, tinha deixado a casa no seu aspecto habitual. Quando cheguei, tinham caído com febre alta e calafrios a Eponina, o Ernesto, a Sinhá-Cota e o Gabriel. Forma benigna, parecendo mais simples resfriado”. (NAVA, 1976; 199-201)

Essa fusão da análise do médico Pedro Nava permeada pelo seu testemunho enquanto aluno no Pedro II ocorre no período em que começam a emergir primórdios e origens das Ligas. Alígia da Sífilis criada em 1918. Um marco simbólico sempre lembrado como mito de origem da questão nas diversas associações estudantis e profissionais que compõe o mundo médico no Brasil.

Parte da coleta de dados da pesquisa se deu a partir do mapeamento virtual de membros das Ligas Acadêmicas de Medicina e da Direção Nacional de Estudantes de Medicina. Assim é que a metodologia desse mapeamento será ilustrada. Porém, salientamos que não nos orientamos pelos conceitos norteadores da etnografia virtual. Dialogando com uma corrente que pavimenta o caminho existente entre Gabriel Tarde,

Bruno Latour e André Lemos prestamos o nosso entendimento ao trato da questão e a forma metodológica com que intuimos cientificamente a questão.

## 6.1 Educação Médica e tecnologias de aprendizagem em perspectiva

No tratamento epistemológico de uma questão como as relações entre a Saúde, a Educação e a Tecnologia optamos por uma abordagem interdisciplinar. Um foco múltiplo para desenhar um problema interdisciplinar e múltiplo. Ao investigarmos as relações entre médico e paciente chegaríamos ao horizonte da formação educacional, moral e ética do Médico; ao percebermos a relação entre essas relações e o diagnóstico; aportaríamos nas relações entre Ciência e Tecnologia e a necessidade de um campo de reflexões que tematizem centralmente essas relações como é o caso da Filosofia da Ciência ao evidenciarmos a inscrição desse problema no mundo atual deslizaríamos sobre a História do Presente. Dito isso fiquei pensando acerca das aproximações e distanciamentos que poderia tentar exercitar a partir de questões tais como as polêmicas e controversas discussões e disputas recentes sobre as relações médico-paciente, o Ato Médico, o exercício e a interiorização do mercado de trabalho da profissão médica<sup>329</sup> no Brasil e no Ceará, o desenvolvimento das tecnologias de visualização médica<sup>330</sup> e a digitalização da existência humana através da bioinformática.

O que pareceu curioso, no entanto, é que esse exercício pareceu, já de partida, ser possível e confortável, um dado ansioso para ser apenas desvelado embora envolvesse épocas e contextos diferentes<sup>331</sup>. Diante desse incômodo, promovi então, um deslocamento : tentar sair de uma zona de conforto heurístico e metodológico. Nossa proposta é problematizar o terreno epistemológico sobre o qual essas questões parecem repousar no intuito de questionarmos o que parece inquestionável e desfamiliarizarmos o que se nos apresenta como familiar como diria Zygmunt Bauman.

---

<sup>329</sup> Esses temas são objeto um trabalho de nossa autoria intitulado: “A Natureza do Espaço Médico”.

<sup>330</sup> Onde pensamos, noutra ocasião, exercitarmos um mapeamento do histórico desse imaginário da partindo da sugestiva frase de Lewis Carroll na boca de Alice no País das Maravilhas “Eu gostaria de poder entrar em mim mesma como um telescópio” encontrada em Canguilhem (2012:449).

<sup>331</sup> Canguilhem escreve num contexto francês nos anos de 1959, 1978 e 1988. Uma abordagem clássica da situação “norte-americana” na década de 60 que tangencia o assunto pode ser visitada no livro Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado de Eliot Friedson.

Sob a tentação do alarme do anacronismo e da ilusão da retroatividade disparar, novamente recorreremos a Georges Canguilhem. Enquanto desenvolvia sua argumentação sobre o objeto da História das Ciências observava o autor que “Aqui ainda a história das ciências é para as ciências o que um aparelho científico de detecção é para os objetos já constituídos” (CANGUILHEM, 2012:5).

Mas, para caracterizarmos uma fundamentação “suficiente e necessária” é conveniente passarmos pelas colocações mais canônicas sobre o assunto. Poderíamos, por exemplo, citar o trabalho de um pesquisador consagrado como William Bynum (2011) que atravessa de forma sucinta a história da medicina e tipologiza a emergência de suas várias ramificações. Ou ainda apontarmos o caráter eurocêntrico desses estudos como aponta Goody (2011).

Ou seja, para conferir peso e legitimidade ao presente trabalho nos seria implicitamente solicitado que déssemos visibilidade às suas principais correntes e propostas metodológicas. Dado o exíguo espaço, teríamos que realizar escolhas. Essas, por sua vez, deveriam ser bem fundamentadas. Decidimos então contrastar Foucault e Weber; atravessando-os com Popper, Bloch, Canguilhem, Stengers, Kuhn, Lukacs e; no Brasil Shozo Motoyama.<sup>332</sup>

A razão disso é que a problematização do autor do artigo parte da questão da naturalização do avanço da tecnologia na área médica . A defesa epistêmica desse tipo de exercício pode ser encontrada em Motoyama e Koyré. Por exemplo: ao lermos textos como o de Motoyama somos bem informados sobre as questões formais, bibliográficas, documentos que ilustram a história da ciência e tecnologia no Brasil do ponto de vista institucional; mas a partir de considerações generalizantes sobre uma sociedade do conhecimento e da informação. Em Koyré, vemos a desenvoltura da questão do maquinismo; ou seja, a relação histórica da filosofia com a técnica sendo analisada a partir das tentativas de explicação de cunho psicossociológico. A questão da

---

<sup>332</sup> A ideia de contrastar e atravessar algumas propostas de M. Weber, K. Popper e M. Bloch explorando momentos das obras de M. Foucault, G. Canguilhem, I. Stengers, G. Lukacs e S. Motoyama a partir da Medicina se deve a dois motivos. O primeiro deles é que Weber, Popper e Bloch foram os autores debatidos na disciplina Teorias da História pelo prof. Rui Martinho Rodrigues no Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da UFC a partir de onde esse trabalho se originou. O segundo motivo se deve ao fato de que os demais autores são mais familiares e próximos quanto às inquietações teóricas inscritas no meu projeto de tese. O artigo opera, então, como um balanço teórico e hipotético dessas propostas frente ao meu campo de pesquisa.

técnica seria, então, abordada pelo viés histórico da sua importância social e psicológica. Comparando o mundo antigo com o moderno, pondera Koyré que:

(...) poderíamos dizer que, se o mundo antigo não desenvolveu o maquinismo e, em geral, não fez progredir a técnica, foi porque considerou que isso não tinha importância alguma. E que, se o mundo moderno o fez, foi porque lhe pareceu que pelo contrário, isso era o que mais importava. (KOYRÉ, 2011: 334)

Substrato desse tipo de análise poderíamos encontrar no nível de importância política que a Sociedade, o Estado e o Mercado deveriam ter em relação à falta de cultura tecnológica e científica num país como o Brasil em relação aos países desenvolvidos e avançados. É o que encontramos nas formulações de Motoyama (2004) ao diagnosticar as sociedades contemporâneas como sendo de Conhecimento e de Informação enquanto exercitava um breve e interessante relato sobre a história da Ciência e Tecnologia no Brasil. Isto é, como o próprio historiador das ciências paulista afirma:

Não se sabe exatamente como será a sociedade do século vindouro. Todavia, uma coisa é certa, será uma sociedade de conhecimento e de informação. Só poderão sobreviver aqueles que demonstrarem competência em C & T. e as perspectivas são fascinantes e inquietadoras. Algumas tão inquietadoras que falam até no fim da ciência (...) Em um planeta povoado de problemas de todos os tipos, como falar no fim da ciência se ela se constitui na melhor forma conhecida até agora de analisá-los, conhecê-los e fornecer elementos para a tecnologia resolvê-los? Talvez Horgan não conheça um país chamado Brasil, onde existem problemas ecológicos de grande monta, grandes disparidades econômicas com pobreza crescente, violência, problemas de saúde e doenças, fonte quase inesgotável de questões científicas e tecnológicas? (MOTOYAMA, 2004; 56)

Nessa abordagem, percebemos, implicitamente, a suposição de que o progresso científico e tecnológico levaria ao desenvolvimento de uma dada sociedade e que deveríamos atentar para onde a história do presente científico e tecnológico apontaria sob o risco de sermos deixados cada vez mais num passado social, cultural, político, ambiental e econômico nebuloso. Apesar das reservas críticas em relação à algumas formulações e políticas científicas de autores e posicionamentos oriundos de países centrais, o sentimento geral parece ser o de um adesão a esse espírito histórico universalizante, monolítico, homogêneo, uniforme, sincrônico.

Mas, o que ficaria intacto nesse tipo de formulação? É que nelas parece escapar a problematização de questões tais como a da “humanização” nas relações médico-paciente. À falta de perspectiva pluralista e múltipla dos fenômenos produz oposições binárias e dicotomias que podem enrijecer práticas e saberes: a frieza

calculista da medicina de alta tecnologia ou a humanização da Medicina. As duas faces, talvez, da mesma moeda.

Em suma, não perceber, criticamente, o papel que esse imaginário exerce no interior das tentativas lúcidas de análise e balanço do papel da ciência e tecnologia. É a necessidade de problematizarmos essa suposta obviedade que nos parece indicar Isabelle Stengers:

Existe portanto no coração da história das ciências, inspire-se ela na hermenêutica ou na sociologia, uma difícil relação de força entre o historiador e seus atores. Trata-se de uma relação tão mais difícil que o próprio historiador tem a maior dificuldade em não aderir, nem que seja às escondidas, à ideia de que há incontestavelmente progresso nas ciências<sup>333</sup>. A assimetria estabelecida na história entre vencedores e vencidos não é apenas um aspecto da situação que o historiador deve examinar, é igualmente um aspecto da herança que o constitui. (STENGERS, 2002:54)

É nessa perspectiva que as metodologias educacionais, as práticas culturais digitais e as tecnologias médicas a elas associadas serão acionadas. O automatismo incorporado e naturalizado do incontestável progresso das ciências<sup>334</sup>. A problematização exercitada se apoiará nalgumas proposições de André Lemos, Lucia Santaella, Bruno Latour e e André Lemos e Mandarino. Na era das redes sociais de comunicação digital e virtual nos seria muito difícil de tratar esse assunto ou não abordá-lo de forma mais percuciente nesse trabalho. Assim é que os tópicos do capítulo trataram de forma subsequente os temas a que assistimos desenrolar nosso campo de pesquisa. De saída, a educação médica e as tecnologias de aprendizagem em perspectiva serão abordadas. E já que o nosso tema é voltado a questão médica leiamos um relato de Pedro Nava sobre o “lento progresso na medicina”. Assim podemos compará-lo com o jornalismo científico que hoje é feito e ponderarmos o interior do coração da história das ciências no campo médico<sup>335</sup>.

---

<sup>333</sup> Ver. LINS, Ivan de Monteiro Barros. **História do Positivismo no Brasil**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2009.

<sup>334</sup> A construção e os efeitos destruidores da bomba atômica por exemplo. Os efeitos colaterais dos medicamentos, por outro. As experiências que associam a radiação sofrida pelos efeitos da bomba utilizando povos indígenas que servem como cobaias a indústria Farmacêutica ligando as pontas. Ver *documentário Napepe e o Caso do Sangue Ianomami*. Ver ainda: SANTOS, Boaventura de Souza (org) **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. A introdução da obra “ Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica” de autoria do sociólogo português e colaboradores.

<sup>335</sup> Sobre a História e a Filosofia da Biologia ver MAYR, Ernst. **Isto é Biologia: a ciência do mundo vivo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. Ver ainda. HIPOCRATES. GALEN. Chicago: Encyclopaedia Britânica, 1980. Consideramos ainda que essa bela passagem de Pedro Nava muito seria enriquecida caso problematizada com algumas proposições de Gabriel Tarde e Georg Simmel.

Para se ter uma ideia da lentidão do progresso médico basta abrir um livro de História da Medicina e verificar os ondas esse rio vira seu curso por influência duns poucos eleitos. Na medicina ocidental, temos de começar com Hipócrates de Cós – nosso Pai criador do método indutivo da Lógica e com quem nossos estudos deixaram de ser místico-teúrgicos e passam a ter suas bases nos fenômenos naturais. A revolução representada por essa pequena reviravolta do pensamento, da sensibilidade, da intuição mudou tudo e abriu os pórticos da Medicina moderna. Foi preciso que se passassem mais de quatro séculos para o nascimento de Galeno de Pérgamo que verificou essa coisa simplíssima – a necessidade de conhecer Anatomia Humana para começar a compreender a personagem Doença, morando no palco onde ela representava seu trágico papel. Mais de um milênio de imobilismo galênico, diante de cuja refulgência somada à luz emanada do sol hipocrático, mal apontam as luzinhas da medicina monástica, da universitária e da dos arabistas que introduziram a farmácia na torrente. Foi preciso o advento da Renascença para serem varridos lixos seculares e os prejuízos contra a dissecação dos cadáveres, para a Anatomia renascer com Vesálio e permitir que surgisse outro iluminado, Ambroise Paré – o pai da Cirurgia Moderna. Uma espera de dois séculos para que Leopoldo Auenbrugger fizesse acreditar que “*Thorax sani hominis sonat, si percutitur*” – e tanto soa e a maneira de soar é alterada pela densidade, por mais água, mais ar – que foi inventada a Percussão e o processo de exame revolucionariamente enriquecido de outra técnica e nova sistemática. De 1763 a 1819, são as demoras de meio século e seis anos para que o livro de Laennec viesse completar, com o achado fabuloso e simples da Ausculta e do Estetoscópio, o *inventum novum* da percussão, trazendo de cambulhada o processo anatomoclínico. Começara o diagnóstico científico apoiado, a mais, na sistematização velha de quase sete décadas, da Anatomia Patológica feita por Morgagni no seu *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. O século XIX seria completado com a Teoria Microbiana de Pauster e a invenção do Diagnóstico Radiológico por Rongten. Então temos Hipócrates, Galeno, Vesálio, Paré, Morgagni, Auenbrugger, Laennec, Pasteur e Roentgen. Mas é só isto? SÓ ISTO porque o resto de médicos, pesquisadores, químicos, físicos, cirurgiões – desde os fabulosos aos estúpidos e ignaros – passando pelos muito, assaz e pouco inteligentes – é resultado, seguimento, consequência dos nomes que citamos desses gênios, homens-causa, homens-consequentes. Mesmo a sofisticada Medicina do século XX, toda ela, com seus arsenais de soros, vacinas, antibióticos, hormônios, esteróides, quimioterápicos, imunossuppressores, são, ainda, resultado dos deuses que citamos, como são, também seus resultados o esplendor da atual Medicina Externa e do seu ramo obstétrico. Logo que comecei a ter uma noção do que era a Medicina e a entrever o que mostrava a sua história, vi que se contam pelos dedos os escolhidos dentro dos milhões de médicos que já houve e dos milhares que lograram um lugarzinho na sua crônica – como artífices de sua evolução. E como! Os gigantes que a empurrava, para diante eram prejudicados pela multidão de bestalhões e de ratos que entulham a profissão, infestam-na e dão calça-pés nos passos dos que querem ir para diante. Entendi que cada médico tinha a obrigação de promover que se ganhasse um pouco do caminho a percorrer, um passo que fosse, um metro, um centímetro, um milímetro, uma linha mas para diante, sempre para diante, incessantemente para diante. Sempre lembrava uma frase que me dissera Lucas Monteiro Machado, na faculdade, ambos ainda estudantes – frase que o tornou um dos meus mestres e foi origem, nos anos que duram minha vida, das alternativas de satisfação e remorso que dela decorrem. Nunca mais esqueci a reflexão do amigo que me penetrou como espada de fogo. Dizia ele que o médico que não está estudando ou se aperfeiçoando pode estar sendo, por sua negligência daquele instante, a causa de vidas perdidas por um engano, uma deficiência de conhecimento. Estudando, evitamos estas

oportunidades negativas, estamos procurando ver adiante, sair da rotina para o estado de invenção, contornando a estagnação mental que fazia meu outro mestre, De Sèze, dizer – como ouvi numa de suas aulas – *L’homme ne reconnaît que ce qu’il connaît et ne voit que ce qu’il veut*. Fuja-se disto e assim se consegue avançar a linha, o milímetro de que falei atrás... (NAVA, 2006: 89)

## 6.2 Práticas Culturais Digitais em Educação Médica: laboratórios de habilidades e simulação

Os laboratórios de simulação, a educação a distância e a telemedicina serão abordadas por conta da sua profusão e difusão cotidiana nos cenários de informação e aprendizagem. Foi uma das sensações do último COBEM.

Coordenado pelos professores Silvio Pessanha Neto (ESTÁCIO) Lúcia Pezzi (UFRJ/ESTACIO) Gerson Pereira (EERP/USP), o COBEM 2015 contou com um Laboratório de Habilidades e Simulação (LHS). Nele, os docentes e discentes tiveram a oportunidade de experimentar metodologias do Ensino Baseado em Simulação, vivenciando o treinamento de habilidades específicas, cenários de simulação realística e debriefing, em módulos de 2 horas. Os participantes foram divididos em 5 grupos (A, B, C, D e E) e horários diversos.

Nos dias 08 a 10 de novembro, na sala 8 (Flamengo) do Centro de Convenções SulAmérica, serão realizadas atividades de Laboratório de Habilidades e Simulação (LHS). Nos dias 08 e 09 atenderemos 5 grupos de 60 participantes, totalizando cerca de 300 congressistas (Grupos A, B, C, D e E). No dia 10 de Novembro de 2016 foi realizada a oficina, no Laboratório de Habilidades e Simulação, oficina “Ultrassom Point of Care no Ensino de Graduação Médica<sup>336</sup>” coordenada pelo prof. Marcus Gomes Bastos (UFJF).

A dinâmica da atividade foi dividida numa introdução aos conceitos do ensino baseado em simulação, no treinamento de Habilidades Específicas, e no treinamento em cenário de simulação realística.

A oficina de Integração do ultrassom point-of-care no ensino de graduação médica, coordenada: Marcus G. Bastos foi pontuada por falas individuais cujos temas foram : Ajuste da máquina de US para a obtenção de imagem de qualidade, Aneurisma de aorta

---

<sup>336</sup> Sobre um estudo antropológico acerca de uma das aplicações do ultra-som, Ver. CHAZAN, Lilian Krakowski. “**Meio Quilo de Gente**”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.



abdominal e VCI, E-FAST, US de pulmão, trombose venosa profunda e vias biliares. Simultaneamente, outras falas individuais pontuavam e revezavam os mesmos temas na oficina Sessões hands-on. Integração do ultrassom point-of-care no ensino de graduação médica. As únicas exceções foram as falas sobre “Simulação softer SONOSIM” de José Ricardo Barros Vitoi da UFJJ e sobre “Ajuste da máquina de US para a obtenção de imagem de qualidade” de Marcus G. Bastos também da mesma universidade. A primeira só foi proferida durante o *hands-on* e a segunda, somente na primeira oficina simultânea coordenada pelo próprio Bastos.

A discussão sobre o *Uso da simulação para capacitação em protocolos de segurança do paciente*, coordenada pela professora Christina Klippel foi exercitada no dia 8 de Novembro. Em seguida, foi tematizada a Importância do Laboratório de Simulação nos processos avaliativos: o OSCE – numa atividade mediada por Lúcia Pezzi.

Na primeira metade da tarde, o tema *O ensino baseado em simulação e a construção de mapas de competências dos formadores acadêmicos* veio à baila através da coordenação de Silvio Pessanha Neto. Num segundo momento, Gerson Pereira, ampara e costura as exposições do tema *O uso da Simulação em ambientes Multidisciplinar e Interprofissional e a simulação in sit*.

Intercaladas por atividades interativas, o dia seguinte aborda a questão da “A simulação como instrumento de educação interprofissional continuada: necessidades e estratégias de utilização no SUS.” noutra atividade coordenada por Lucia Pezzi. Duas falas individuais pontuam essa movimentação. “Os desafios da formação de profissionais qualificados para atuação na rede” tema abordado por Luciana Borges da UERJ e as *Perspectivas de formação para os Programas de Residência e Profissionais da Rede Assistencial utilizando os laboratórios de simulação* são discutidas por André Ferreira Lopes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Uma “Programação de Cenários de Simulação de Alta Fidelidade na Graduação” é balizada por Silvio Pessanha Neto na primeira metade do dia 9 de Novembro. Entre atividades interativas e talk shows, Lucia Pessi volta à cena coordenando *O ensino de Urgência e Emergência baseado em Simulação Clínica*. Ela media, nesse mesmo interim as falas individuais sobre “*Inserção longitudinal do ensino de emergência utilizando o LHS*” de Gerson Pereira da USP de Ribeirão Preto.

Os desafios da universidade privada e os desafios da universidade pública encontram aí um momento para discussão. Sobre o âmbito privado discute Silvio Pessanha Neto da Estácio, e sobre o universo público, contribui José Diniz da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Conclui esse leque de discussões a intervenção de Luís Ferando Varela da Associação Brasileira de Medicina (ABRAMED). O tema é *O que muda com o reconhecimento da especialidade?*

A discussão sobre um *Plano estratégico de um Centro de Simulação e criação de redes de Centros de Simulação*, coordenada por Silvio Pessanha Neto, encerra as atividades do penúltimo dia de Congresso.

Fechando as atividades do Laboratório de *é debatida A utilização da Simulação Cênica na Formação Médica*". Rosângela Amorim rege essa atividade. Uma mesa composta por Adriana Aguiar da FIOCRUZ/ESTÁCIO e por Suely Grossman da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) debatem o último do LHS/COBEM: *Comunicação na prática médica: habilidade ou competência?*

### **6.3 Metodologias de mapeamento virtual das Ligas Acadêmicas<sup>337</sup>**

Na tentativa de acompanhar outros aspectos da vida cotidiana dos estudantes e complementar um mosaico e um painel mais aproximado e enriquecido das atividades acadêmicas dos estudantes de medicina buscamos trocar informações com os mesmos através das redes virtuais de comunicação, em particular o Facebook e o WhatZap onde esse encontro se demonstrou ser mais acessível. Foram adicionadas Ligas acadêmicas de diversas e diferentes áreas temáticas, regiões e faculdades do país. Diretores e presidentes de entidades nacionais, membros de centros acadêmicos e alunos de ligas acadêmicas.

Dentre as ligas acionadas em páginas virtuais, destacamos: A Liga de Geriatria da UFC, a Liga de Oncologia da UERJ, a Liga Acadêmica de Semiologia

---

<sup>337</sup> Na pesquisa a ABLAM nos concedeu um monitoramento de todas as Ligas. Já a DENEM não foi possível obter esses dados. Estatísticos e nos enviou cartilhas, manifestos e tomadas de posições de seus diretores. Michel Alves, coordenador Nacional das Ligas Acadêmicas da DENEM explicou o motivo: “Então, sobre o mapeamento, não posso te passar nada pois não temos algo concreto. Pq diferente da ABLAM, que trabalha com cadastro formal no site. Nos trabalhamos com os órgãos de representação estudantil. Centros e diretórios acadêmicos. Então não temos como te passar um mapeamento das ligas "associadas" a DENEM. Infelizmente.” Nos anexos apresentamos documentos, pesquisas, mapas estatísticos e cartilhas fornecidos pelas entidades para a presente investigação.

Médica da Faculdade de Medicina de Valença no Rio de Janeiro, a Liga Acadêmica de Clínica Médica de Montes Claros (MG) , a Liga de Diabetes da Faculdade de Medicina de Goiás (UFG), a Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da UERJ, Liga Acadêmica de Dermatologia da Universidade Federal da Bahia; Liga Acadêmica da Dor da Faculdade de Medicina de Campos/RJ, Liga Acadêmica de Ciências Neurológicas da Universidade de Salvador (UNIFACS), Liga Acadêmica de Patologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Liga de Prevenção da Doença Renal da UFC, Liga Acadêmica Baiana de Pneumologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Liga de Pediatria da Universidade Luterana do Brasil em Canoas, Rio Grande do Sul; Liga de Anestesiologia da UFC, Liga Acadêmica de Saúde Mental do Espírito Santo; Liga Acadêmica de Neonatologia da Faculdade de Medicina da Bahia, Liga Acadêmica de Atenção ao Trauma e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Campos/RJ; Liga de Gastroenterologia da UNIFOR, Liga Acadêmica de Dermatofuncional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Liga Acadêmica de Neurociência da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Liga Acadêmica Paraense de Saúde Mental, Liga de Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná; Liga Acadêmica de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular da Paraíba/UFPB, Liga Acadêmica de Psiquiatria da UNOESC- Joaçaba , Liga de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Liga Acadêmica de Reumatologia da Bahia da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública ( EBMSPP), Liga Acadêmica de Fisiopatologia da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Liga de Transplante de Órgãos e Tecidos de João Pessoa, Liga Acadêmica de Cirurgia e Trauma de Campina Grande (Cirliga) da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (CG/PB), Liga Acadêmica de Neurocirurgia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Liga Acadêmica de Anatomia Aplicada da UERJ, Liga Acadêmica de Neurologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Liga de Cardiologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/RS), Liga de Cardiologia da UECE, Liga da Dor e Cuidados Perioperatórios da Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre ( UFCSPA), Liga Acadêmica de Otorrinolaringologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Liga Acadêmica de Pneumologia do Pará da Universidade Federal do Pará (UFPA), Liga Acadêmica de Oncologia da UERJ, Liga Acadêmica de Urgência e Emergências Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas de Campina

Grande (LAUEC/ CG), Liga Acadêmica de Oncologia da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Liga de Neurociências da UECE, Liga Acadêmica de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina da UFBA, Liga Acadêmica de Cirurgia Geral da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Liga Acadêmica de Cirurgia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Liga Acadêmica de Medicina Legal da UNIFOR, Liga de Infectologia e Epidemiologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC/ Salvador), Liga da Dor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), Liga Acadêmica de Anatómofisiologia da Universidade Estadual do Pará (UEPA), Liga Acadêmica de Microbiologia Médica da Uninovafapi/PI, Liga Acadêmica de Cirurgia Geral de Barretos da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata, Liga Baiana de Patologia Cirúrgica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Liga de Hematologia e Hemoterapia da Faculdade São Camilo/SP, Liga Acadêmica de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina ( FTC- Salvador), Liga Acadêmica Baiana para o Estudo da Dor da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Liga Acadêmica de Neurocirurgia da Bahia da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), Liga Acadêmica de Otorrinolaringologia da Bahia (FAMEB/UFBA), Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), A Liga de Trauma do Ceará da Faculdade de Medicina da UFC, Liga de Medicina Interna e Emergências Prof. José Oto Leal Nogueira da UNIFOR, Liga de Psiquiatria e Saúde Mental da UFC, Liga Acadêmica de Oncologia Clínica e Cirúrgica das Faculdades Nova Esperança/PB, Lamed da Uninovafapi/PI, Liga Acadêmica do Trauma e Emergências Cirúrgicas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Liga Acadêmica de Saúde Materno Infantil da UFBA, Liga de Cirurgia Vascular da UFC, Liga de Gineco-Obstetrícia (UFCSPA/RS), Liga Acadêmica de Pediatria da Universidade Estadual do Pará , Liga Baiana de Cirurgia Plástica (FAMEB/UFBA), Liga de Endocrinologia e Metabologia (EBMSP/BA), Liga de Geriatria e Gerontologia da UNIFOR, Liga Acadêmica de Humanização da Universidade Estácio de Sá/RJ, Liga Acadêmica de Neurociências da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/BA (EMESCAM), Liga Acadêmica Paraense de Dermatologia, Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Universidade do Estado do Pará ( UEPA), Liga de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

(PUC/RS), Liga Acadêmica de Neurociências Integradas (UNICEUMA/MA), Liga Acadêmica Interdisciplinar de Neurociências (FAMEB/UFBA), Liga Acadêmica de Trauma, Urgência e Emergência da Faculdade de Ciências Biomédicas de Rondônia (FACIMED/ CACOAL/RO), Liga Acadêmica de Psiquiatria Dra. Adimar Siqueira da Faculdade de Minas ( FAMINAS/BH), Liga de Oftalmologia do curso de Medicina da UFPA, Liga de Geriatria do Centro Universitário Serra dos Órgãos ( UNIFESO/Teresópolis/RJ), Liga Acadêmica de Gestão em Saúde (EMESCAN/BA), Liga de Cirurgia Geral (ULBRA/RS), Liga de Geriatria da Faculdade de Medicina de Taubaté (MG), Liga Acadêmica de Clínica Médica (FAMEB/ UFBA), , Liga Acadêmica de Bioquímica Médica da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Liga Acadêmica de Infectologia (UFpel/RS), Liga de Gineco-Obstetrícia (UFCSPA/RS), Liga Acadêmica do Coração da Bahia (FAMEB/BA), Liga Acadêmica de Endocrinologia da Bahia (UFBA), Liga Acadêmica de Radiologia (CEUMA/MA), Liga Acadêmica Cardiovascular do Curso de Medicina da UNIDERP (MS), Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica (FAMED/UFBA), Liga Acadêmica de Hematologia (UNIFACS/ BA), Liga Acadêmica de Oncologia (FAMEB/UFBA), Liga Acadêmica de Neurologia ( FAMEB/ UFBA), Liga Paraibana de Neurointensivismo das Faculdades Nova Esperança (PB), Liga de Infectologia da UERJ, Liga Acadêmica de Terapia Intensiva da Faculdade de Medicina de Petrópolis/RJ, Liga Acadêmica de Imunologia (PUC/GO), Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (UESB/BA), Liga Paraense de Reumatologia (UEPA/PA), Liga Acadêmica de Neurociências Aplicadas ( EBMSP/BA), Liga Acadêmica de Anatomia Humana da Universidade Municipal de São Caetano do Sul ( USCS/SP), Liga de Neuropediatria da UFPA, Liga de Cirurgia Torácica da UFC, Liga de Anatomia e Cirurgia da UFC, Liga Acadêmica de Humanidades Médicas ( UNIFENAS/BH), Liga Acadêmica de Medicina Interna ( UNIFACS/ Salvador), Liga Cariense de Anatomia Humana do Curso de Medicina de Barbalha (UFC/CE), Liga Acadêmica de Infectologia (UNIFACS) e Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica (EBMSP/BA).

Há varias formas de mapear as ligas: a partir dos cursos de Medicina, dos Centros de Saúde, Universidades, Associações e Federações. Por exemplo. As ligas

acadêmicas de Gastroenterologia do país que foram cadastradas pela Federação Brasileira de Gastroenterologia podem ser visitadas no site.<sup>338</sup>

Ou, por exemplo, seguindo a atuação de um vice-presidente de entidade publicizado pela página da ABLAM no Facebook em 5 de Abril de 2016. No caso o Leandro Iaumoto que representou a ABLAM em três eventos e num deles. No primeiro deles foi feito um reconhecimento do lançamento de novas ligas acadêmicas de Medicina. O segundo evento tratou de uma reunião com o Colégio Brasileiro de Acupuntura. O terceiro se deu durante o I Encontro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e a Associação Brasileira das Ligas de Cirurgia Plástica (ABLCP) em que “ pontos chaves” para a assinatura de um contrato de parceria entre as instituições foi estabelecido no ensejo da Assembleia Geral da Associação Brasileira das Ligas de Cirurgia Plástica.

O vice-presidente, Leandro Iaumoto, representou a associação em três eventos. O primeiro aconteceu em Adamantina (SP), onde ele teve a oportunidade de conhecer o Curso de Medicina das Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI) e participar do Lançamento das Ligas Acadêmicas do Curso de Medicina da FAI palestrando sobre a ABLAM. Leandro participou também de uma reunião com Acadêmicos e Professores do Colégio Médico de Acupuntura de São Paulo (CMAeSP) e Colégio Médico Brasileiro De Acupuntura (CMBA), que culminou em importantes projetos para a sociedade médico-acadêmica. Outro evento foi o 1º Encontro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e Associação Brasileira das Ligas de Cirurgia Plástica (ABLCP), onde também aconteceu a Assembleia Geral da Associação Brasileira das Ligas de Cirurgia Plástica. Lá, a SBCP e a ABLAM estabeleceram pontos chave para a assinatura de um contrato de parceria entre as instituições.”

Uma liga acadêmica pode funcionar como plataforma de mobilização para um futuro evento acadêmico de entidades estudantis. É o caso da Liga de Saúde e Espiritualidade (LIASE) da Universidade Federal do Mato Grosso que convoca estudantes de todoo país para o O 28' Seminário do CENEPES a ser realizado em CAMPO GRANDE/MS entre os dias 21 a 25 de Setembro de 2016. O CENEPES, Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde, é um Evento Nacional organizado pela Executiva de Estudantes de Medicina, a DENEM.

A postagem na página da LIASE/MS no dia 23 de Agosto informa que: “Estamos muito felizes que 28' Seminário do CENEPES trará na programação uma oficina para discussão sobre a temática Saúde e Espiritualidade, acreditamos que a

---

<sup>338</sup> (<http://www.fbg.org.br/Conteudo/2019/44/Ligas+Acad%C3%AAsicas>).

abordagem do tema e a troca de experiências sejam importantíssimas para a formação integral dos profissionais da saúde. Não deixaremos de participar para trocarmos conhecimento e aprendermos sempre mais. As inscrições já estão abertas e podem ser realizadas online no link abaixo!”

O link atua a partir de um jogo de informações entre perguntas e resposta ágil e claro sobre inscrição, formas e valores de inscrição, programação científica e cultural, alojamento:

“O 28º Seminário do CENEPES vai ser em CAMPO GRANDE/MS entre os dias 21 a 25 de Setembro! U-A-U! Que privilégio! (O último aconteceu em Ouro Preto/MG) -Mas peraí! Que diabo é "Seminário do CENEPES"? O Seminário do CENEPES (Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde) é um Evento NACIONAL da Executiva de Estudantes de Medicina, A DENEM. Esse evento reúne estudantes do Brasil inteiro, do oiapoque ao Chuí, pra debater durante 5 dias de palestras e oficinas e aprofundar em assuntos pertinentes à educação médica, sistema de saúde, sociedade, políticas educacionais como FIES, intercâmbios de medicina e muuuito mais. "Ah, mas vai ter festa?"VAI SIM! Dentro da programação tem TRÊS festas (e podemos garantir que vão ser insanas!) Uma festa Temática das Diversidades, um Sarau e jna festa Tema 100 anos de Samba! Afinal, ninguém é de ferro! O dia é produtivo e a noite muito mais! "Quero mais informações sobre a programação desse evento, e agora?" Só acessar o <http://www.cenepescg.com.br> e saber todos os detalhes da programação! E o Certificado?" O certificado de participante conta com 60 HORAS EXTRACURRICULARES muito bem aproveitadas! "E se eu quiser algo mais científico?" Temos um espaço para apresentação de banners de trabalhos científicos! O edital você encontra aqui: <https://drive.google.com/.../0B73ybFosCiePSk8wclliXzc2O.../view...> É sua chance de apresentar aquele seu trabalho num congresso NACIONAL! "Tá, mas quanto custa isso tudo?" - Bom, vamos por partes. Se você é daqui de CG mesmo: Por R\$ 90,00 você garante a programação completa + as festas! Mas corre que o segundo lote vai só até dia 27/08! Se você vem de fora pra conhecer a cidade Morena: Por R\$ 160,00 você garante não só a Programação e as Festas, como também alimentação completa (3 refeições diárias - Café, almoço e janta) e alojamento pra ficar aqui na UFMS! É pacote completo! Não precisa de alojá? Beleza! Programação + Festas + Alimentação = R\$ 120,00 Coorre que o lote ta pra virar! - "Onde me inscrevo?" Show! Você pode se inscrever COMIGO presencialmente (manda um wpp! 67 98166-7165) ou online por aqui: <https://cenepescg.eventbrite.com.br/> Depois disso tudo vc ainda ta em duvida? **#VEMPROCENEPES!** A Gente ta esperando!”

Uma ação pontual no dia Mundial do Rim foi objeto de ação da Liga de Nefrologia da UFC e ´postada no site da UFC em 10 de Março de 2015. Dia 9 de Março é o dia da Nefrologia. Dia 10 de Março, o dia Mundial do Rim. Ciência e objeto em dias consecutivos. Mostra ainda que há uma tuação interinstitucional mobilizando diferentes cursos e universidades públicas e privadas da capital. Ou seja., “ a iniciativa é do Centro



de Pesquisas em Doenças Hepato-Renais do Ceará (CEPHRECE), do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), com apoio da Sociedade Brasileira de Nefrologia e parceria com as ligas acadêmicas da UFC, UECE, Unichristus e Unifor”. Eu visitei essa ação no Terminal Lagoa e pude atestar a atividade. Uma mesa redonda no COBEM problematizou as questões dos meses coloridos.<sup>339</sup> . A informação sobre a hora e o local da atividade pública da liga é ilustrada.

Estudantes da Liga de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFC realizam, neste sábado (14), ações educativas e de saúde em alusão ao Dia Mundial do Rim<sup>340</sup> . Com início às 9h, as atividades acontecem, simultaneamente, no Terminal de Integração Lagoa e na Praça do Ferreira, e incluem a coleta de dados clínicos e a realização de exames físicos, como aferição de pressão arterial, verificação de peso, altura, circunferência abdominal, cálculo do IMC e teste rápido de glicemia. A atividade é gratuita, aberta à população e visa à detecção de fatores de risco para doenças renais.. Na ocasião, haverá ainda a distribuição de folhetos informativos, orientações e esclarecimento de dúvidas acerca dos principais temas relacionados às doenças renais e, nos casos em que houver necessidade, o encaminhamento para serviços ambulatoriais de nefrologia em hospitais de referência do Estado, grupo do qual o HUWC faz parte. A iniciativa é do Centro de

---

<sup>339</sup> Os meses coloridos reproduziriam uma ideologia imediatista, especializada, fragmentada e mercantilizada do ser humano e da saúde. No dia 8 de Novembro de 2016 houve uma mesa com o tema: “O Financiamento ou mercantilização do ensino médico”. Duas intervenções chamaram a atenção nesse debate. Um estudante afirma que “Laboratórios tinham acesso livre as faculdades, financiavam festas e, desde o 5 período, “a gente” recebia visitas de laboratórios”. Algumas das estratégias do complexo industrial da saúde no que diz respeito a distorção das informações das pesquisas também foram discutidas. Dentre os filmes que abordam essa relação, ver o filme “O informante”. “Em 1994, executivo da indústria do tabaco deu entrevista bombástica ao programa jornalístico “60 Minutos”, da rede americana CBS. Dizia que os manda-chuvas da empresa em que trabalhou não apenas sabiam da capacidade viciadora da nicotina como também aplicavam aditivos químicos ao cigarro, para acentuar esta característica (podendo levar ao câncer). Na hora H, porém, a CBS recuou e não transmitiu a entrevista, alegando que as consequências jurídicas poderiam ser fatais. Baseando-se nesta história real, O Informante narra a trajetória do ex-vice-presidente da Brown & Williamson Jeffrey Wigand (Russell Crowe) e do produtor Lowell Bergman (Al Pacino), que o convenceu a falar em público.”. Mediada por Antonio Amorim da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), a mesa contou com as participações de Milton de Arruda Martins (USP), de Vanessa Vazquez Leal de Castro (UNIFESO), de David de Almeida Souza (FMC) e de Carlos Octavio Ocké Reis (IPEA.). O primeiro falou sobre as concepções institucionais e sua influência na construção do perfil do futuro profissional, a segunda trouxe o tema das crises no financiamento das escolas públicas àquela praetia; o terceiro discorreu sobre o PROUNI/FIES como incentivo público para o crescimento do ensino superior privado e o representante do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada traçou um panorama atual e as perspectivas para o financiamento do ensino superior.

<sup>340</sup> O dia 12 de março foi instituído, mundialmente, como o Dia do Rim. A data, criada há cerca de 10 anos pelas Sociedades de Nefrologia de diversos países, é lembrada pela realização de ações em todo o mundo chamando a atenção da população sobre os riscos e consequências das doenças renais, com especial enfoque para a prevenção, controle e métodos de tratamento da Doença Renal Crônica (DRC). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima-se que há, no Brasil, cerca de 1,5 milhão de pessoas com Doença Renal Crônica (DRC). A DRC é caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções renais. A sua real prevalência não é totalmente conhecida, mas cerca de 10% da população adulta tem algum grau de perda de função renal. Esse percentual pode aumentar de 30% a 50% em pessoas acima de 65 anos.

Pesquisas em Doenças Hepato-Renais do Ceará (CEPHRECE), do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), com apoio da Sociedade Brasileira de Nefrologia e parceria com as ligas acadêmicas da UFC, UECE, UNICHRISTUS e UNIFOR.

No ano seguinte, em 2016, a Liga de Nefrologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE) mostra que a ação possui uma continuidade interinstitucional e já no dia 3 de Fevereiro antecipa uma atividade que ocorrerá mais de um mês depois:

DIA MUNDIAL DO RIM 2016. Neste ano, o Dia Mundial do Rim será comemorado em 10 de março e terá como tema 'A prevenção da doença renal começa na infância'. A Doença Renal Crônica (DRC) em crianças afeta o crescimento e a expectativa de vida. Cerca de 10% da população mundial sofre de algum tipo de doença renal e anualmente, milhões de pessoas morrem devido a complicações decorrentes da DRC.

A articulação interinstitucional é apresentada numa postagem de 11 de Março sobre o dia anterior.

10/03/16, Dia Mundial do Rim! Campanha para Prevenção da Doença Renal! Dia 12/03 (sábado), a LINETx, UNIFOR, LIVISA UNIFOR, Nupen Liga de Prevenção, Liga de Nefrologia - UFC, Lanef Uece, Liga de Clínica Médica - UECE, Licardio UECE estarão na Praça dos Estressados e na Praça do Ferreira, simultaneamente, a partir das 9:00 da manhã, realizando exames e fornecendo medidas para a prevenção da Doença Renal! . Compartilhe. Venha ver como anda a sua saúde renal.

Os locais das ações também variam. Em 1 Novembro de 2015, véspera dos Finados, a ação da Liga de Nefrologia da UECE se deu Num Shopping da cidade. “A liga acadêmica de Nefrologia agradece a todos que participaram de mais uma extensão do Projeto Como Vão Seus Rins realizada no shopping benfica neste sábado dia 31. Até a próxima !!”

#### **6.4 Cartografia das Controvérsias: para além da etnografia virtual**

No artigo *Do Fazer ao ensinar ciência: a importância dos episódios de pesquisa na formação de professores*, Deise Miranda Viana do Instituto de Física da UFRJ e Anna Maria Pessoa de Carvalho da Faculdade de Educação da USP, abordam o dia a dia da prática científica para problematizar as relações entre o fazer ciência e o ensinar ciência. Para exercitar seu intento, as autoras se valem das contribuições promovidas por Bruno Latour e Steve Wollgar ao realizarem uma etnografia num laboratório de neuroendocrinologia.

Seguindo a descrição metodológica desse clássico estudo, as autoras atestam que Latour e Woolgar nos apresentam uma pesquisa minuciosa em antropologia da ciência, dentro do Laboratório do Professor Roger Guillemin, Prêmio Nobel de Medicina em 1978, no Instituto Salk de San Diego, Califórnia, USA. Durante dois anos, cada membro do laboratório foi acompanhado passo a passo. Eles procuram relatar a 'vida do laboratório', os diálogos entre os profissionais de um mesmo laboratório, cartas escritas, textos preliminares (preprints) enviados a colegas de outras instituições, telefonemas dados, as inquietações de um cientista ao propor uma nova explicação. Também nos apresentam o comportamento do corpo técnico. Há um trabalho constante de escrita, codificação, relatos.

O laboratório, afirmam os autores, é um sistema de inscrição literária, onde o auge é convencer que um enunciado é um fato. Esta construção se dá de forma tal que, ao final, é ocultada a questão sócio-histórica. São feitas algumas considerações sobre a história do laboratório, sua construção física e ampliações. São mostradas as influências históricas e sociais relativas ao tema, o sucesso de uma pesquisa, identificação de artigos e empresas relacionadas com o tema, a gênese histórica do fato. Ao descreverem o surgimento do campo específico da pesquisa biológica escolhida para análise, usando mesmo a expressão "mitologia da neuroendocrinologia", levam em conta todos os fatores tidos como não oficiais, ou seja, não reconhecidos pela comunidade científica, como: a influência do meio social, as comunicações informais, os fatores históricos diversos, as descobertas ocasionais, entre outras. Procuram entender os conflitos existentes, tanto de ordem econômica (as vultosas somas utilizadas nas pesquisas), como de ordem trabalhista, assim como os de ordem pessoal e humana. As disputas entre os cientistas de nome, quem se destaca mais, quem merece mais convites para conferências, e portanto, mais verbas, dá as nuances da descoberta científica, explicitando assim as disputas entre laboratórios, pesquisadores e brigas por artigos publicados. Mostram as dificuldades na definição dos resultados da pesquisa científica, frisando divergências entre pesquisadores com trabalhos em laboratórios diferentes. Descobertas de um determinado grupo, muitas vezes, são abafadas por causa do prestígio de um cientista que fala o oposto. Nos fazem entender que, no desenvolvimento das atividades de pesquisa, como durante as discussões, as convicções se modificam, os enunciados são valorizados ou desacreditados, as reputações são ou não fundamentadas. As alianças entre pesquisadores vão se modificando ao longo dos trabalhos de pesquisa. No cotidiano do laboratório nos mostram a importância das conversas entre cientistas, onde não se distingue claramente a linguagem informal não científica da formal científica, com aspectos subjetivos, como até linguagem 'estranha' ao meio<sup>341</sup>. A percepção dos autores ao entrarem no Instituto Salk, durante a primeira visita de reconhecimento no laboratório escolhido, caracterizou os pesquisadores como pertencendo a uma tribo 'exótica'. Enfatizam a relevância de a atividade científica ser vista como um trabalho coletivo e não individual. Ou seja, contradizem a ideia difundida de que o desenvolvimento científico depende unicamente do esforço individual de gênios isolados em seus

---

<sup>341</sup> Sobre as gírias médicas, ver: PETERSON, Christopher. **Trambiclínicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre gíria médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

laboratórios. De uma maneira resumida, os pontos que nos apresentam para reflexões são: - como é definida a comunidade científica; - como se dá o processo de construção do fato científico; - qual é o produto da ciência: quem dá credibilidade e quem valida; - como são os afazeres dos cientistas - seu cotidiano<sup>342</sup>.

Em nosso trabalho, porém, associamos as perspectivas propostas nesse clássico trabalho de Latour à chamada cartografia das controvérsias como recurso metodológico de pesquisa das ligas acadêmicas de medicina nas redes sociais. O uso do termo de cartografia das controvérsias se dá pelo diálogo com André Lemos, Lucia Santaella, Gabriel Tarde e a sociologia das associações e Teoria Ator-Rede Bruno Latour e possui um recorte epistemológico mais aproximado do que com as práticas da etnografia virtual.

Um diálogo crítico com a chamada etnografia virtual também aqui encontra guarida<sup>343</sup>. Cabe dizer que esse aporte se deu mais por uma questão de coerência metodológica do que a um julgamento axiomático o mais extensivo sobre os princípios teóricos que amparam a teoria e a prática da etnografia virtual. Visto que os dois pesquisadores brasileiros dialogam intensamente com o criador do conceito e método, Bruno Latour, e que, além disso, chancelam intensas áreas e grupos de pesquisa

---

<sup>342</sup> Ver [http://www.if.ufrgs.br/public/ensino/vol6/n2/v6\\_n2\\_a1.htm](http://www.if.ufrgs.br/public/ensino/vol6/n2/v6_n2_a1.htm).

<sup>343</sup> Ver RIFIOTIS, Theophilos. **Etnografia no Ciberespaço como “repopoamento” e explicação**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. v.31. Nº 90. Fevereiro, 2006. O autor traça um diálogo com Roy Wagner, James Clifford, Marilyn Strathern e Bruno Latour. A sua crítica à chamada etnografia virtual é diagramada em três eixos analíticos: i) a metáfora do olhar; ii) o “repopoamento” do social; e iii) o caráter produtivo da descrição. De nossa bibliografia e para os fins dessa investigação sugerimos o capítulo “Cortando a rede” de Marilyn Strathern presente no seu livro *O efeito Etnográfico*. A autora discute os conceitos de “híbridos” e “redes” para problematizar as novas tecnologias a partir da antropologia simétrica de Bruno Latour em que formas modernas e não modernas de conhecimento possam ser reunidas. Nesse livro, a antropóloga trava ainda um diálogo muito produtivo com o perspectivista amazônico de Eduardo Viveiros de Castro no capítulo 12, *O efeito etnográfico*, homônimo à obra. O capítulo “Sobre a autoridade etnográfica” do livro “A experiência etnográfica de James Clifford” traz uma interessante discussão sobre a análise de Mikhail Bakhtin sobre o romance polifônico. Clifford relaciona antropologia e literatura a partir dessas considerações que podem ser estendidas a apreciação polifônica e múltipla das diversas vozes que compõem grupos, redes, coletivos, associações, agremiações, movimentos, Ligas Acadêmicas, Associações Nacionais e Direções Executivas Nacionais intercaladas por estudantes “comuns”. Finalmente, as ponderações de Roy Wagner sobre a invenção da cultura são preciosas ao tema. Dentre as considerações elaboradas pelo autor, Theophilos Rifiotis, extraímos essa para o nosso trabalho. “(...) desde meados da década de 1990, os jogos envolvidos na definição das categorias pertinentes, dos atores e dos objetos a serem considerados nas análises do ciberespaço passaram a contar com aquilo que Latour (2000, p. 22) chamou de “testemunhas confiáveis”, ou seja, a adesão dos pares e a mobilização coletiva de testemunhos que atestam a existência de um fato. A experiência nativa partilhada ajudou a validar a atividade antropológica no ciberespaço”. Recentemente, o mesmo autor organizou uma coletânea junto a Jean Segata, intitulada *Políticas Etnográficas no Campo da Cibercultura*. Ver ainda: LATOUR, Bruno. WOOLGAR, Steve. **A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997

universitária e acadêmica no campo de diálogo existente nas relações entre comunicação e cultura, vamos exercitá-los como mediadores dessa proposta à nossa investigação.

Santaella triangula os autores citados<sup>344</sup> e realizado uma genealogia das ações política nas redes em tempo real apresentando os movimentos sociais das décadas de setenta, oitenta e noventa e desenhado algumas ações no ciberespaço enquanto intervenções sociais, culturais e políticas. Segundo a autora é necessário pensar essas movimentações não mais em moldes tradicionais, mas, sobretudo pensar uma nova ontologia política das redes sociais que atravessam o ciberativismo e o potencial das redes para as controvérsias.

Rede é, portanto, 'para usar agora a definição proposta por Latour, o que faz proliferar os mediadores. Explicar ou descrever como as redes se constituem implica seguir os rastros das ações, traduções e conexões efetuadas pelos diversos atores heterogêneos. (...) Disso, Bruno conclui que uma das tarefas de descrição de como os coletivos sociotécnicos se constituem consiste em retrazar os rastros das ações, traduções, associações inscritas em documentos, arquivos, notas, e registros de toda ordem. Fazer falar esses rastros é um modo de liberar a infralinguagem de composição dos coletivos e redes. A autora completa. Neste ponto preciso vibra uma das ressonâncias desta perspectiva para a pesquisa em cibercultura. Nas redes digitais de comunicação, especialmente na internet, toda ação ( navegações, downloads, conversações, um simples clique num *link*) deixa um rastro potencialmente recuperável. Sabemos o quanto esses rastros vêm sendo apropriados por dispositivos de vigilância e controle de toda ordem, mas, para além dessa política de rastros, há que venho chamando, por contraste, de uma *política dos rastros digitais*, para a qual Latour nos oferece boas pistas. ) Estas pistas receberam o nome de cartografia das controvérsias (...) a CCs é um conjunto de recursos técnicos que visa explorar e visualizar temas e situações numa ação em rede. Refere-se, portanto, a uma versão didática da TAR que

---

<sup>344</sup> Incluo Gabriel Tarde por três motivos. O primeiro é que Gabriel Tarde é citado, como influência, por André Lemos no seu A Comunicação das coisas: teoria ator rede e cibercultura Na obra a cartografia das controvérsias também é abordada. O segundo motivo: Gabriel Tarde foi objeto de um livro de Bruno Latour com Vicent Antoni Lepinay. As referências dos autores ao Tarde demonstram as possibilidades desse diálogo. Ver LATOUR, Bruno. **The Science Of Passionate Interests: and introduction to Gabriel Tarde's economic anthropology**. Chicago: Princly Paradigm Press, 2009. O terceiro motivo pode ser visitado em vídeo. Bruno Latour encena o papel de Gabriel Tarde enquanto Bruno Karsenti faz o papel de Emile Durkheim no debate TARDE/DURKHEIM. Ver a página e o site de Bruno Latour. <http://www.bruno-latour.fr/node/354>

Latour desenvolveu para treinar estudantes a investigar os debates sociotécnicos contemporâneos. Tomaseli esclarece que não foi Latour o primeiro a estudar controvérsias e a reconhecer o seu potencial para o estudo da ciência e das técnicas. Pinch et al ( 2006) apresentam um levantamento dos itens principais estudados pelos antecessores de Latour e nos quais este se inspirou. Entretanto, Latour foi o primeiro a transformar a CCs em um método de pesquisa para cartografar controvérsias, método que tem suas bases no verbo “*rastrear*”, a saber: “rastrear associações, destacar agências, identificar coletivos e mapear fluxos: pontos de inflexão, deslocamentos e controvérsias” (RIFIOTIS, 2011). Eis os passos do método (SANTAELLA, 2013; 100). E André Lemos que seguindo uma linha de argumentação tardiana e latouriana indica o se situa exatamente a crítica da Teoria Ator Rede de Latour à sociologia da social e como ela desenvolve seu campo de problematização, situada, agora está, entre uma sociologia das associações e uma sociologia da mobilidade

Podemos dizer que as críticas da TAR “à sociologia do social” são: o social é consequência e não causa das associações; humanos e não-humanos inscrevem e mediam ações criando redes por onde a agência circula sem essência; mais do que estruturas fixas, macro, agindo sobre sujeitos nas microrelações, temos complexas relações recursivas e negociadas a cada associação; fenômenos não podem ser explicados por categorias definidas a priori; cada actante é uma mônada<sup>345</sup>, ao mesmo tempo indivíduo e rede, onda e partícula; não há essência e tudo se faz nas associações....; todas elas encontram na análise das controvérsias seu momento principal de observação e comprovação. A prática de sociólogos e antropólogos em separar atividades simbólicas e institucionais, ou de separar lógicas tecnológicas de lógicas sociais não é nada produtiva e não explicaria o funcionamento das ciências, nem das tecnologias, nem da cultura digital. Essa purificação não explicaria nada das associações e das relações que compõe a vida social, das redes, da circulação e do movimento das ações. Callon ( 1999) vai criticar, nesse contexto, Althusser, que separa instâncias, Parsons, que separa sistemas, e Bourdieu, que separa “capitais”. A separação entre técnica, social, simbólico, cultura seria a causa do fracasso da crítica da técnica contemporânea. As controvérsias permitem, portanto, colocar em evidência o fracasso da separação, da purificação e da categorização artificiosa das relações entre actantes humanos e não-humanos, reforçando os primeiros e apostando o social como uma coisa externa que explicaria os outros subsistemas. Como revela CALLON (1999; 146): “*Cette tendance à mutiler le social, en extirpant sa composante technique pour lui réserver un traitement non sociologique, se trouve à degrés divers chez les sociologues des sciences*”. A separação dos agentes é um artifício da purificação que revela as redes em formação. A análise atenta à trajetória dos actantes nas controvérsias pode, sustentam os autores da TAR, melhor indicar as constituições das associações e, portanto, do social. O objetivo é desenhar esses diagramas de força, esses mapas de mediação. O trabalho deve ser cuidadoso, intenso, respeitando a complexidade dos atores. Como afirma Venturini ( 2010, p.263): “*...if social cartography hrd work, it is because social life is made of*

---

<sup>345</sup>345 Vocabulário que remonta a Leibniz e a neomonadologia de Gabriel Tarde.



*hard work*". As "cartografias de controvérsias" (CC), propostas por Venturi e Latour, nada mais são do que formas de "desenhar" a distribuição das ações, de seguir os actantes, de visualizar os diagramas da mediação, agenciamentos e de revelar cosmogramas. São os mapas gerados pela sociologia da mobilidade. Podemos dizer que a CC é um conjunto de técnicas para explorar e visualizar polêmicas, questões emergentes em determinados agrupamentos, o movimento, a circulação da ação e a fluidez das mediações, revelando as diversas dimensões que compõe uma rede sociotécnica. No entanto, deve-se fazer o mapeamento antes que os envolvidos resolvam os seus problemas e tornem-se opacos uns aos outros, criando pontualizações ou caixas-pretas. A controvérsia é, conseqüentemente, a chave de leitura da abertura das caixas-pretas. Ela começa no movimento de abertura (destruição) e termina na geração de caixas-pretas. A CC é o mapa dos deslocamentos, indicando o que está circulando, apontando actantes (mediadores) e intermediários, o diagramas das relações de força. (LEMOS: 2013: 110)

Pensando o diagrama das relações de forças, vejamos como a Direção Executiva dos Estudantes de Medicina, trata e coloca determinados temas. Ao mesmo tempo, as questões são atravessada por perspectivas e pontos de vista que remetem a organismos internacionais, temas sociais, históricos e culturais polêmicos e tabus como o colonialismo, o machismo e a misoginia vivenciados dentro e fora do mundo médico circulam e emergem quase indistintamente, o nós e a população em geral ainda presente, complexos temas vivenciados pela população em geral e por estudantes de medicina e uma chamada a articulação com atores, práticas, vivências e cenários diversos. Os temas circulam

A entidade realizou duas postagens recentes. Uma, no dia 5 de Setembro, sobre o Dia Internacional da Mulher Indígena<sup>346</sup>.

No dia 5 de setembro de 1782, Bartolina Sisa, líder da tribo peruana quéchua, foi assassinada durante uma rebelião anticolonial. Em 1983, a data foi instituída pela ONU (Organização das Nações Unidas), como o Dia Internacional da Mulher Indígena, simbolizando um marco de apoio à luta dessas mulheres por justiça para seus povos e por direitos humanos. No Brasil, olhar para essa data é dar visibilidade para a resistência de mulheres que tiveram seu povo, sua história e sua cultura arrasada por um passado sangrento de colonialismo europeu. O genocídio dos povos indígenas, no entanto, segue. O início do debate acerca dos direitos dos povos indígenas, levando em consideração a vulnerabilidade das mulheres - marcada pelo machismo e pela misoginia -, não parou a expansão ruralista e a destruição da cultura indígena num Brasil globalizado e industrializado. Sendo assim, o 5

---

<sup>346</sup> Sobre a problematização da valorização e o fortalecimento das medicinas tradicionais como objeto das demandas dos povos indígenas no reconhecimento de seus direitos culturais estabelecidos na constituição Brasileira de 1988 e discussões em conferências nacionais e nas políticas direcionadas à saúde indígena, ver. FERREIRA, Luciane Ouriques. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Sobre a discussão das estratégias de reconhecimento moral, ético, social, cultural e político envolvendo conflitos sociais, Ver HONETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 34, 2003.



de setembro vem como um grito pelos direitos humanos, pela demarcação das terras indígenas e pela resistência da história e da cultura dos povos latino-americanos! TODA A FORÇA PARA AS MULHERES INDÍGENAS QUE LUTAM E RESISTEM!<sup>347</sup>

Os temas, os dias e os meses abrem e fecham. Datas para lembrar e discutir. Numa sucessão de algumas horas entre uma e outra abertura temática. Uma segunda postagem, no mesmo dia versa sobre o tema da saúde mental e do suicídio<sup>348</sup> entre estudantes de medicina a partir de um debate promovido pela Associação Internacional para Prevenção do Suicídio para uma conscientização acerca do tema. A formação

---

<sup>347</sup> A postagem segue com as seguintes referências. MULHERES INDÍGENAS NA POLÍTICA. Seis mulheres indígenas que vale a pena seguir nas redes. As mulheres indígenas cada vez mais se inserem na vida pública e na política e têm cumprido papel fundamental na luta pela demarcação de terras dos povos indígenas, contra os ruralistas e pela preservação e resistência da cultura e arte indígenas! <http://azmina.com.br/.../seis-mulheres-indigenas-que-vale-a-.../>. Como é ser mulher indígena hoje? O Instituto Socioambiental apresenta a trajetória de mulheres indígenas de diferentes regiões do país e mostra como elas têm organizado a resistência e enfrentado o ataque aos direitos que os povos indígenas sofrem historicamente. <https://www.socioambiental.org/.../como-e-ser-mulher-indigena...> Tradução Cartilha Maria da Penha para Guarani e Terena. A violência contra as mulheres indígenas aumentou 6 vezes em 4 anos. A iniciativa de traduzir a Lei Maria da Penha para idiomas indígenas se mostra fundamental para avançarmos em sua consolidação e aplicação para todas as mulheres! <http://g1.globo.com/.../violencia-contra-indias-cresce-e-ms-t...ENTREVISTA:> “Quando a gente pega o sabor da luta, a gente não quer parar mais”, afirma Iara Wassu Cocal - entrevistas sobre o projeto Voz das Mulheres Indígenas <http://www.onumulheres.org.br/.../quando-a-gente-peg-a-sabo.../>. VÍDEO: A mulher na terra da encantada. <https://www.youtube.com/watch?v=fxWdh70eTuQ> . CARTILHA: Pelas Mulheres Indígenas. Material produzido por mulheres indígenas que contam suas próprias histórias, a história de seus povos e luta contra o patriarcado e o machismo na sociedade em que vivemos. É resultado de um projeto da ONG Thydêwá. <http://www.thydewa.org/.../03/pelas-mulheres-indigenas-web.pdf> . ARTIGO: Mulheres indígenas e participação política: a discussão de gênero nas organizações de mulheres indígenas. <http://www.revista.ufpe.br/.../index.../revista/article/view/22>. LIVRO: Mulheres indígenas: direitos e políticas públicas. <http://www.inesc.org.br/.../outras-publicacoes/LIVRO%20MULHER...> . SITE: Projeto Mulheres Indígenas. <http://www.mulheresindigenas.org/> . MULHERES INDÍGENAS E A SAÚDE. Projeto Parteiras, mulheres indígenas e quilombolas: [https://parteirastradicionais.wordpress.com/programa-parte.../ARTIGO:Saúde\\_e\\_qualidade\\_de\\_vida\\_da\\_mulher\\_indigena](https://parteirastradicionais.wordpress.com/programa-parte.../ARTIGO:Saúde_e_qualidade_de_vida_da_mulher_indigena). [http://unifia.edu.br/.../s.../artigos/ano2014/saude\\_indigena.pdf](http://unifia.edu.br/.../s.../artigos/ano2014/saude_indigena.pdf) . LIVRO: Programa Nacional de DST, AIDS. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – Diretrizes para Implantar o Programa de DST/Aids : [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diret\\_indigena.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diret_indigena.pdf). LIVRO: Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006). <http://horizon.documentation.ird.fr/.../divers1.../010041779.pdf>.

<sup>348</sup> Ver DURKHEIM, Emile. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Marins Fontes, 2004. O capítulo IV do Livro I da obra, intitula-se “A imitação”. Trata-se de um debate acionado por Durkheim em relação a algumas propostas e conceitos de Gabriel Tarde. Ver ainda: MARX, Karl. **Sobre o Suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006. Uma outra forma de abordar esse delicado debate, noutros termos foi realizada por REIS, João José. **A Morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. O autor trata dos ritos fúnebres domésticos, das formas sociais e culturais do morrer, das missas e antigos cortejos fúnebres, da comercialização da morte e da morte como negócio a partir das receitas e despesas funerárias, da chamada civilização dos costumes, da legislação da morte e o do processo de medicalização da morte. Os aspectos são contextualizados a partir das relações entre ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX.

humanizada do estudante de medicina no seio de um modelo tradicional de ensino superior<sup>349</sup>.

SETEMBRO AMARELO. Setembro foi o mês escolhido pela International Association for Suicide Prevention (Associação Internacional para Prevenção do Suicídio) para conscientização a respeito do tema. No sistema atual em que vivemos, os índices de auto-extermínio são crescentes. Em 2015, um estudo mostrou que 1 a cada 7 estudantes de medicina do Reino Unido já pensaram em tirar a própria vida. Infelizmente não há pesquisas recentes com o nosso grupo no Brasil. Assim, vários questionamentos nos vêm à mente: O que leva ao suicídio? Como sobreviver a uma sociedade doente? E o direito à nossa própria vida? Vamos falar sobre a saúde mental do estudante de medicina? A DENEM, aproveitando esse mês de conscientização e prevenção ao Suicídio, vem trazer uma discussão ampliada sobre a temática da nossa saúde mental. O modelo tradicional de educação superior muitas vezes se baseia em rotinas estressantes e carga horária abusiva, o que repercute de forma importante na saúde dos estudantes. Uma prática médica humanizada requer uma formação que leve em consideração as especificidades dos estudantes e respeite nossos limites. Sendo assim, sugerimos que todas e todos os interessados realizem rodas de conversa, palestras e oficinas, sobre o tema, atingindo não somente os estudantes, mas toda a comunidade acadêmica e a população que nos rodeia. Imagina um debate sobre isso num parque ou praça, seguido de uma meditação, yoga ou algo para relaxar? Seria perfeito, não é?! Se você tiver alguma foto de um desses espaços mande pra gente divulgar! Caso você queira um desses espaços aí na sua faculdade, procure a sua Coordenação Regional que certamente poderá te ajudar! A mão que cuida, também se cuida e luta! [#DENEM](#) [#SetembroAmarelo](#) [#WSPD](#) [#suicideprevention](#)<sup>350</sup>

Os intercâmbios nacionais e internacionais entre países e continentes diversos também circulam como informações entre os grupos da entidade. Em parceria com entidades internacionais como a IFMSA, a DENEM promove cursos e numa articulação de postagens, vemos que entre os dias 23 de Junho, 2 de Julho, 3 de Julho, 12 de Julho de 2016 na página de Intercâmbios da Medicina da DENEM

Boa noite pessoal! Como as férias estão chegando para alguns e já chegaram pra outros, está aí mais uma temporada de muitos intercâmbios! Queremos desejar BOA VIAAGEM para todos nossos Outgoings e Incomings! Que tudo dê certo, que vocês aproveitem ao máximo e aprendam muito com essa experiência única de viver por um tempinho em outra cultura! (...) Nos dias 19, 20 e 21 de agosto de 2016, será realizado o Fórum de Estágios e

---

<sup>349</sup> Acompanhei o exercício dessa discussão nalguns momentos da disciplina Bioética no curso de Medicina da UFC com o professor Francisco Ursino Neto. Nela as disciplinas humanísticas, a filosofia, o corpo, a arte e a sensibilidade pautam a dinâmica em sala de aula. Presto aqui meu agradecimento ao professor e aos alunos por me propiciarem esses momentos de interação.

<sup>350</sup> Segue as referências. Para saber mais: \*World Suicide Prevention Day, September 10th, 2016 - O que você pode fazer pra ajudar: [https://www.iasp.info/.../2016\\_wspd\\_suggested\\_activities.pdf](https://www.iasp.info/.../2016_wspd_suggested_activities.pdf) [https://www.iasp.info/wspd/pdf/2016/2016\\_wspd\\_brochure.pdf](https://www.iasp.info/wspd/pdf/2016/2016_wspd_brochure.pdf). \*ABEPS - Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio: <http://www.abeps.org.br/prevencao/>\*CARTILHA: PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UM RECURSO PARA CONSELHEIROS (OMS, 2006): [http://www.who.int/mental\\_heal.../counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_heal.../counsellors_portuguese.pdf)

Vivências (FEV) na cidade de Florianópolis. O FEV é um evento da DENEM que tem como objetivo estimular a troca de experiências entre as CLEVs de todo o Brasil e estreitar os laços destas com a CEV, além de aprimorar os intercâmbios, resolver eventuais problemas e, principalmente, programar os próximos editais de SCOPE/SCORE, Estágios Nacionais, NBC e NBChi. (...) VOCÊ SABIA? O HANDBOOK/LOGBOOK é o registro do seu estágio e ele deve ser fornecido pela sua CLEV antes de sua viagem! Nele ficam documentadas suas presenças e sua avaliação no estágio! É a garantia de que você irá receber seu CERTIFICADO! Então, intercambistas, na hora de fazer a mala não esqueçam seu HANDBOOK/LOGBOOK! (...) Nossa equipe está completa para ganhar o máximo número de insígnias (vagas) e todo mundo poder viajar bastante! Desejamos a todos uma ótima GA e que façam o melhor trabalho para que possamos continuar viajando muito pelo mundo e nos tornarmos os melhores Treinadores Pokemons! Vamos ajudar eles curtindo bastante nossa foto de divulgação! Basta abrir o link abaixo ou a foto e curtir!

Como pano de fundo a essas sucessivas, reiteradas e intermitentes chamadas intercambiantes, a DENEM elenca detalhes nos itens de viagem que o estudante pode transportar diante da fiscalização da Receita Federal. No dia 18 de Julho, a dica de viagem e sugestões de formas compras e débitos em cartões de crédito internacional são dadas.

DICA DE VIAGEM. Finzinho de viagem e vemos a última oportunidade de comprar aquele item mais barato que esquecemos: o Duty Free. Mas vocês sabiam que a Receita Federal tem alguns limites? Cada passageiro tem direito a comprar U\$ 500,00 (individual e intransferível), independentemente do que se tenha comprado no exterior, observando os seguintes limites: 24 unidades de bebida alcoólica, sendo no máximo 12 de cada tipo; 400 unidades de cigarros; 25 unidades de cigarrilhas ou charutos; - 250g de fumo para cachimbo; 10 unidades de perfumes e cosméticos; - 3 unidades de cada espécie de produtos eletrônicos, relógios, brinquedos ou jogos. Menores de 18 anos, mesmo que acompanhados, não podem comprar bebidas alcoólicas e artigos de tabacaria. OBS: Você só pode comprar no Duty Free de desembarque do aeroporto onde sua bagagem for liberada, antes de passar pela alfândega. Todos os produtos comprados no Duty Free têm garantia de 90 dias, que inclui conserto, troca ou devolução do valor pago, em moeda nacional, ao câmbio do dólar turismo do dia da devolução. Por isso, guarde sua nota de compra. Todos os produtos são livres de impostos e com garantia. As compras podem ser feitas com cartão de crédito internacional, cheques de viagem e diversas moedas estrangeiras. Por determinação legal a moeda brasileira não é aceita. Para comprar nas lojas do Duty Free de embarque é necessária a apresentação de cartão de embarque em voo internacional e passaporte.

Posto isso, vamos continuar esse tópico com outros dois exemplos de dois exemplos. O primeiro é da Liga de Pediatria da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA CANOAS /RS.). O segundo é da Liga Acadêmica de Saúde Mental do Espírito Santo ( LASMES).

A Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)<sup>351</sup> nos servirá como exemplo de um detalhamento mais extenso de uma das ligas. Pertencentes a instituições privadas dado o nível de irradiação dessa instituição noutras regiões do país ao mesmo tempo em que não faz parte da região sudeste do país ou à rede pública.

A Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) atua no Rio Grande do Sul, Norte e Centro-Oeste há mais de 40 anos. Mantida pela Associação Educacional Luterana do Brasil (AELBRA), assumiu como missão desenvolver, difundir e preservar o conhecimento e a cultura pelo ensino, pesquisa e extensão. Oferece ensino de qualidade nos cursos de graduação e pós-graduação, nas modalidades presencial e a distância, além de ampla programação de extensão e pesquisa. Leva o saber às localidades mais remotas do país, promovendo, assim, a inovação, a inclusão social e o desenvolvimento comunitário. A Ulbra Canoas, além de oferecer cursos de Graduação, Pós-graduação e Extensão, desenvolve projetos inovadores e de relevância socioeconômica, tanto para os acadêmicos como para a comunidade canoense. A Universidade também é reconhecida por seus programas comunitários inclusivos, que destacam o meio ambiente, a sustentabilidade e a participação da comunidade. Mantém uma rede de cooperação permanente com entidades, instituições e empresas voltada para o apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e social. A Universidade ainda incentiva e promove atividades culturais, através de vários núcleos - Orquestra de Câmara, coral, teatro, dança e literatura. Alunos e professores da Ulbra Canoas podem participar de programas de intercâmbio acadêmico, científico e de cooperação, com universidades estrangeiras, de diversos países. A Universidade também recebe alunos do exterior, proporcionando a troca experiências. A produção científica realizada abrange todas as áreas do conhecimento previstas pela CAPES e CNPq e recebe importante apoio de diversos órgãos de fomento. Projetando o futuro, a Rede Ulbra de Inovação está implementando seu Parque Tecnológico e a Incubadora Tecnológica ULBRATECH com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento do município de Canoas<sup>352</sup>. Sobre a ULBRA no município de CANOAS.

---

<sup>351</sup> Ver O site da instituição ( <http://www.ulbra.br/canoas/sobre-a-ulbr>)

<sup>352</sup> **Canoas representa o segundo maior PIB e a quarta maior população do ETstado do Rio Grande do Sul.** O município atrai pessoas de outros municípios por causa de seu centro movimentado, das muitas indústrias e por ser um pólo Universitário com um campus do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) e cinco Universidades, (Ulbra, Uniritter, Unisalle, Unisinos e IPUC). A esta lista será

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) é uma instituição de ensino superior privada brasileira, sediada na cidade de Canoas no estado do Rio Grande do Sul. Além de Canoas, possui campus em outras cidades do Rio Grande do Sul, tais como Cachoeira do Sul, Carazinho, Gravataí, Guaíba, Porto Alegre, Santa Maria, São Jerônimo e Torres. Além destas, há campus em cidades de outros estados brasileiros, como Ji-Paraná e Porto Velho, em Rondônia, Manaus, no Amazonas, Palmas, no Tocantins, Sertãozinho, em São Paulo, Santarém, no Pará e Itumbiara, em Goiás. Com 31 bibliotecas, incluindo a Biblioteca Martinho Lutero, 31 unidades de atendimento médico, uma editora e a rede de televisão Ulbra TV, a universidade conta com mais de 60.000 alunos matriculados em 232 cursos de graduação e pós-graduação. É mantida pela Associação Educacional Luterana do Brasil (AELBRA).

Saindo da dimensão mais específica da estrutura e o funcionamento de uma instituição privada, é importante ressaltar que o surgimento do ensino médico privado por volta de 1950, o início do ensino médico privado e a sua interiorização, as conferências internacionais e a 3ª Conferência Nacional de Saúde, as Leis de Diretrizes e Bases, os governos militares, o surgimento do ensino médico municipal, o acordo MEC/USAID e a expansão das matrículas, das vagas e do ensino superior em detrimento da qualidade de ensino, todo um contexto de repressão e de controle do movimento estudantil e do aumento da centralização estatal na esfera ministerial. e o movimento de Renovação Médica Nacional (REME) de 1980. São peças que compõe a textura do mosaico na qual se inscreve a institucionalização mais recente de faculdades e instituições particulares.

A outra ponta dessa articulação se dá na criação e na de estruturas de ensino ligadas a estruturas que prestam atendimento no campo da saúde desde os tempos imperiais como as Santa Casa. A segunda liga que abordamos está vinculada a esse tipo de estrutura e funcionamento. Trata-se da Liga de Saúde Mental (LASMES) do Espírito Santo. A Liga é ligada à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM /ES. No site da instituição encontramos o seu histórico<sup>353</sup>. Nele se afirma que:

A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM iniciou suas atividades em março de 1968 e revolucionou o ensino da Medicina e da formação de médicos no Espírito Santo. Hoje, possui milhares de médicos formados com atuação nos diversos países e estados brasileiros. A EMESCAM é uma das mais respeitadas Faculdades de Medicina do Brasil, e com a inclusão dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Serviço Social tornou-se referência para aqueles que pretendem seguir

---

adicionada a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) que assinou um acordo com a prefeitura com o intuito de estabelecer um campus no município.

<sup>353</sup> (<http://www.emescam.br/paginas/conteudo/institucional/sobre-a-emescam/historico> )

carreira na área da saúde. A inauguração da EMESCAM é datada em 1968, mas oficialmente a história começa em 1966, quando foi criada por um ato da Mesa Administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Durante dois anos, os primeiros diretores da EMESCAM e outros entusiastas, com apoio do então provedor da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, participaram ativamente do esforço para viabilizar a Faculdade e obter a autorização para seu funcionamento, dotando o Espírito Santo de sua segunda Faculdade de Medicina. Na época, o único curso de Medicina disponível no Estado pertencia à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Da criação em 1966 até a abertura da Faculdade, diversas viagens foram feitas à Brasília e ao Rio de Janeiro, até que fosse conquistada a autorização para o funcionamento da instituição junto ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Em 1999, foi inaugurado no curso de Fisioterapia. Em 2002, o curso de Enfermagem e o curso de Serviço Social, em 2003. A EMESCAM faz parte da estrutura organizacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ISCMV) e tem como hospital de ensino o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A instituição é governada por uma Mesa Diretora, e por isso, se caracteriza em instituição sem fins lucrativos.

Uma liga convoca cursos. Foi o que a LASMES fez ao convocar em 13 de Julho de 2016 para um módulo de “Cirurgia Pediátrica” a ser VI Congresso do Setor IV do Colégio Brasileiro de Cirurgiões no dia 2 de Setembro. A chamada para participar de uma pesquisa do Senado voltada à discussão da Projeto de Lei n 35 de 2014 de autoria da senadora Lúcia Vânia e que dispõe sobre o exercício da Medicina para “modificar as atividades privativas do Médico” . A chamada no post dá o link contendo o projeto de lei , solicita a votação a favor , o repasse aos grupos exclusivos de médico e no sentido de alterar os vetos à lei do ato médico. Afirmando que :

Ato Médico. Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que “Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, para modificar as atividades privativas de médico.” Na explicação da Ementa no site do Senado, a síntese afirma que o PLS 350/2014 “ Dispõe sobre o exercício da Medicina, para modificar as atividades privativas de médico”. Vamos votar a favor e alterar os vetos da lei do ato médico. Repasse para todos os grupos exclusivos de médicos a que vocês tiverem acesso. Só de médicos. Não é peticao. É uma pesquisa no site do Senado.”

No período da consulta pública, durante a tramitação e até o momento de seu encerramento 114.706 pessoas votaram de forma contrária ao Projeto de Lei. 76.826 pessoas opinaram favoravelmente ao Projeto. Ou ainda para convidar para uma palestra tal como aqui especificado na postagem da LAESMES do dia 20 de Maio de 2016:

“É AMANHÃ!!!!!! ➡☐Boa noite, A Diretoria da Liga Acadêmica de Saúde Mental do Espírito Santo, convida a todos a participarem da Reunião Científica, que irá acontecer no sábado, dia 21 de Maio da Faculdade Multivix- Vitória, às 9h. O assunto abordado será : Transtorno de estresse pós



traumático com a Dra, Cláudia Mello Reis. Contamos com a presença de todos!!!” Diretoria LASMES.

Esse campo sinuoso prepara questões que devem ser levadas em consideração. Por qual motivo? O mapeamento virtual, a cartografia das controvérsias, as redes sócias de comunicação se movimentam num mundo onde muitas vezes seus pressupostos não são questionados. É o mundo dos “Desafios da Medicina” escritos em livros que em “10 anos encolheram o mundo”<sup>354</sup>. É o mundo do “Saiba quais foram os grandes avanços da medicina em 2015”<sup>355</sup>. Nesse mundo, “O ano de 2015 foi de grandes avanços na Medicina, entre eles a edição genética, o crescimento da imunoterapia e os primeiros passos rumo a um medicamento que pode reduzir a progressão do Alzheimer”. Frente e rente ao mundo do avanço da imunoterapia vemos como se comporta o mundo da “imunidades do avental branco”<sup>356</sup>, da qual Nava vivenciava e problematiza.

#### **6.5 Formulando uma teoria da imagem nas imagens médicas na educação médica: o caso das neuroimagens do Autismo ao Alzheimer**

Foi a partir dessas indagações que a presente investigação surgiu. Já fizemos essa consideração nesse trabalho e noutro tópico anterior. Aqui ela retorna de uma outra forma, assim como a pesquisa também se desdobra. Ao passo que lá inscrevemos uma ponte com a atuação da Liga de Geriatria e o Alzheimer de forma mais específica, aqui voltamos a discuti-la num âmbito mais geral. Como se o pressuposto que ampara as inovações da tecnologia e da ciência se espraiassem para todo o mundo científico. A Medicina desfila aqui numa de suas principais vitrines. E o Alzheimer e o Autismo atuam como alguns dos principais modelos dessa passarela. A produção social, cultural, política e econômica dos mistérios e da tecnologia de ponta científica não mede esforços<sup>357</sup>. Quanto mais difícil e insondável, melhor.

---

<sup>354</sup> Ver Daniel Piza.

<sup>355</sup> Ver matéria de James Gallagher, editor de saúde da BBC News. postada em 29 de Dezembro de 2015. “**Saiba quais foram alguns dos grandes avanços da medicina em 2015**”. *IN* [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151228\\_avancos\\_medicina\\_2015\\_jp](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151228_avancos_medicina_2015_jp)

<sup>356</sup> Ver “E éramos bem - tratados, respeitados, em ambientes que nunca teríamos a ousadia de entrar sem as imunidades do avental branco e da malinha de madeira do socorro-urgente” (NAVA, 2006:19)

<sup>357</sup> Ver LATOUR, Bruno. **Ciência em Ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Unesp, 2011.



Da pesquisa do mestrado à do doutorado a inquietação inscrita na problematização das imagens médicas e das neuroimagens em particular foi o pano de fundo da pesquisa sobre a educação médica e o processo de formação dos estudantes de medicina a partir das ligas acadêmicas.

O intenso uso das tecnologias das imagens médicas e do ostensivo uso, produção, distribuição e consumo de imagens digitais nas redes virtuais e aparelhos eletrônicos portáteis associado a uma preocupação com a incorporação de saberes e práticas desumanizadores no âmbito médico possui nesse tema um de seus maiores e mais expressivos símbolos de impasses e discussões.

No Jornal O Povo de 23 de Julho de 2012, lia-se um artigo intitulado “ A relação médico paciente: confiança e reponsabilidade. Seu autor era Antônio Carlos Lopes, presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

(...) e infelizmente, com o avanço da tecnologia, alguns passaram a admitir que o computador e a ressonância magnética, por exemplo, desempenham papel mais importante do que a atuação do médico. (...) Não podemos nos esquecer de que a ressonância magnética não é capaz de indicar, por exemplo, as condições sociais e culturais do doente (...). Para ser médico, é preciso gostar de gente. Saber que não existem doenças e sim doentes. E colocar em prática o amor ao próximo”

Nesse sentido, O tópico “Em busca de um teoria da imagem nas imagens médicas: o caso das neuroimagens no Alzheimer” se dá pela necessidade de amarrarmos a possibilidade de um teoria da imagens médicas em relação ao ensino e a formação dos estudantes de medicina. Ou melhor de amarrarmos a questão do ensino, da produção e do consumo de imagens médicas de alta tecnologia num meio de redes de comunicação virtual que possuem um impacto profundo na forma como os saberes e poderes são atualmente veiculados..

A questão é complexa . Ao lermos passagens do estudo sugerido por Girão ( 1994) acerca do diálogo entre os saberes e poderes médicos numa Fortaleza conterrânea da transferência da Faculdade de Medicina do centro da cidade para o Porangabuçu , vemos que também haveria, por parte da classe médica, um imaginário ansioso pela revolução tecnológica. Essa atitude parece remar no sentido contrário daquilo que julgavam ser a “clínica soberana” , prática incorporada pelo supracitado discurso do médico Antonio Carlos Lopes. Mas é preciso que antes mesmo que possamos estabelecer algum termo de comparação e confrontação polarizadas e divergentes saibamos um pouco mais acerca do que ocorria naqueles tempos idos.

Vejamos, então, a partir de um mote específico, como isso se dá. Ao abordar os serviços precursores e as primeiras equipes que antecederam a completa institucionalização do Hospital das Clínicas da UFC, Célio Brasil Girão realizou uma articulação entre o período “ pré-Porangabuçu” e o impacto das novas tecnologias - a partir da instalação de um novo equipamento - no ensino médico, como o de Radiologia, os modernos métodos de investigação diagnóstico e a participação de alguns professores do Hospital da Misericórdia é apresentada (...)

A Precariedade dos serviços complementares de diagnósticos aumentava a importância do exame clínico e da interpretação correta dos poucos exames disponíveis. Brigava-se, por exemplo, por um sopro sistólico – se havia ou não – e pelas características da primeira bulha, em pacientes portadores de valvulopatia mitral, com vistas à viabilidade da comissurotomia. No fim, chegava-se quase sempre ao diagnóstico correto, somente com o exame físico, o eletrocardiograma e as radiografias do tórax. No aparelho de R.X existente no hospital, mas sobretudo no do Serviço do Professor Arthur Enéas Vieira, melhor e mais seguro, avaliavam-se as valvulopatias, os aneurismas de aorta torácica – frequentes na época -, as estenoses cicatriciais do esôfago e os megaesôfagos chagásicos – raros hoje em dia -, as úlceras gástricas e duodenais, e muitas outras patologias. Já nos últimos tempos desse ciclo pré-Porangabuçu, a Universidade fez convênio com a Santa Casa e instalou novo aparelho de 500 Ma., de fabricação Siemens que representou real avanço. A cirurgia torácica, por exemplo, experimentou apreciável progresso no serviço do professor Paulo Machado, com o novo padrão dos exames radiológicos. Também o ensino de Radiologia – parte do programa da Cadeira de Clínica Propedêutica Médica, do professor Arthur Enéas Vieira – muito ganhou com a instalação do novo equipamento. A revolução tecnológica dos meios de diagnóstico estava apenas em seu começo e somente no meio da década seguinte os laboratórios de patologia clínica da cidade modernizar-se-iam em nível do que já se fazia no Rio ou São Paulo, com a introdução de novos métodos, tais como as determinações dos níveis de certas enzimas no soro para diagnóstico de hepatopatias e avaliação de infarto agudo do miocárdio ou pulmonar, as medidas de sódio e potássio por fotometria de chama, a utilização dos eletrodos de medida do pH, PO<sub>2</sub> e PCO<sub>2</sub> no sangue, entre outros. A clínica era soberana, embora a maioria desejasse ardentemente que não o fosse tanto, que viessem os modernos métodos de investigação diagnóstica, para o que muito contribuiriam alguns dos professores que trabalhavam no hospital da Misericórdia” (GIRÃO, 1994; 21)

Tendo em vista que a nossa análise se dá a partir das discontinuidades, conflitos, rupturas, saberes e poderes em sua movimentação vamos conferir as duas observações preliminares a partir de um ponto um pouco mais recuado no tempo. A primeira, como vimos, tratou da preocupação apresentada pelo presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Clínica em relação ao impacto da tecnologia sobre a relação médico-paciente. Já a segunda observação colocou em perspectiva histórica a deficiência, a emergência e o desejo de modernização dos métodos diagnósticos a partir da revolução tecnológica. Para que não se tenha uma ideia abstrata e polarizada desses

imaginário vamos vê-los atravessando saberes e poderes que circulam as teorias e práticas que vimos esposadas a partir de uma experiência abraçada por Pedro Nava (1983), na Assistência Pública do Rio de Janeiro. Numa curiosa observação, o reumatologista apresenta o percurso de uma análise clínica ao tempo em que nos informa sobre o impacto da tecnologia e da descoberta de substâncias como as sulfonamidas e a Penicilina nos tratamentos médicos. Em primeiro lugar Nava mostra como o chefe do seu setor de serviços concebe o processo de análise clínica

Como chefe de serviço ele era simplesmente exemplar. Seu processo clínico baseava-se essencialmente na semiogênese. Conhecendo amplamente as peculiaridades anatomo- patológicas e as perturbações funcionais de que nasce o sintoma, o sinal, ele examinava o doente sem deixar nada que não tivesse sido explorado até à exaustão. Coligia tudo que via, estabelecia sua origem e com isto tinha o arcabouço da hipótese que seria possível levantar em conjuntos sindrômicos ou diagnósticos enunciáveis. Não o fazia imediatamente. Recomeçava outra análise nele também minuciosa das outras coisas que aquilo poderia ser – isto é, toda a elaboração do diagnóstico diferencial. Excluía as possibilidades uma por uma e acabava ficando com a que sobrava – com a última e evidentemente a que sobrava impecável e certa. E nos ensinava no serviço Benício de Abreu: - Vocês não tenham pressa, não se entusiasmem com a primeira possibilidade. Ninguém, num jogo, desce trincas ou sequências incompletas. Esperem as cartas se juntarem e quando elas se completarem é que podem abrir o *royal* na mesa. É melhor não fazer diagnóstico nenhum que fazer um diagnóstico errado. Andem devagar que o santo é de barro.... (...). Em três anos que o Egon foi seu assistente, nunca, mas absolutamente nunca, viu-o dar um palpite leviano ou atirar uma bola fora do cesto. Ele era a precisão clínica em figura de gente. (NAVA, 1983; 310)

Após esse detalhamento do processo de análise clínica, de uma dica ética, moral e filosófica no que concerne o ato de realizar diagnóstico e da encarnação desses momentos numa figura humana, o médico e memorialista aborda a questão das descobertas científicas e seu impacto no campo da Medicina. Além disso, o autor apresenta a movimentação de saberes e poderes internos ao campo médico que são atualizados e percebidos uns em relação aos outros. No caso, a clínica interna e a cirurgia.

Assim como os dois primos tinham visto uma revolução aparecendo em Belo Horizonte, com a chegada da insulina, na enfermaria do Londres eles assistiram a outra revolução. Foi no dia em que o chefe apareceu com um vasto embrulho e que chamou os assistentes para distribuir seu conteúdo. Eram caixas e mais caixas de ampolas que traziam nas tampas os rótulos umas, do *Prontosyl album*, as outras, do *Prontosyl rubrum*. As ampolas do *album* tinham a cor longinquamente dourada das magnólias e as do *rubrum* a tonalidade violenta das rosas vermelhas e do sangue vivo. – Pra que serve? Isto *Fuhrer*. mais um remédio milagroso. Sulfonamidas. Parece que imbatíveis no combate às infecções. São das primeiras chegadas aqui. Vamos escolher os casos para experimentá-las. Eram realmente as primeiras

sulfamidas aparecidas no Rio. Iam ser inauguralmente usadas no serviço Benício de Abreu. Todos começaram a empregá-las sem saber que estavam iniciando uma revolução que no limiar nos anos 40 seria completada com o aparecimento da penicilina. A clínica interna reabilitando-se de anos de inércia – ia começar realmente a curar e emparelhar-se com o fabuloso desenvolvimento a que tinha chegado a cirurgia no nosso século. (NAVA, 1983; 311)

Ilustrados pontos de vista éticos e profissionais diversos e percebendo a incrível multiplicidade e movimentação que rege o campo médico daremos um pequeno salto no tempo. Vistos em perspectiva, as mudanças e revoluções nos métodos diagnósticos, as invencões e inovações de novos remédios e o diálogo com a sensibilidade e a habilidade clínica do médico nesse processo parecem ser uma constante no universo médico.

Chamamos atenção para a frase de Nava no penúltimo período da última citação . *“Todos começaram a empregá-las sem saber que estavam iniciando uma revolução que no limiar nos anos 40 seria completada com o aparecimento da penicilina.* “Apesar da análise retrospectiva beirando uma teleologia, percebe-se aí uma questão importante. A apresentação de um horizonte aberto, descontínuo, difuso, imprevisível, não linear ou evolutivo àqueles que fazem a história.

Mas, apesar da prometida e ansiada expectativa no poder da ciência e da técnica sabemos que alguns gargalos técnicos e humanos são flagrantes. Do ponto de vista corporativo, vale ressaltar, o poder da Indústria Farmacêutica, salientado e questionado pelo próprio Pedro Nava noutra passagem do seu texto, as corporações médicas e o complexo industrial da saúde como um todo.

Do ponto de vista técnico sabemos que cadeia produtiva que envolve a produção das neuroimagens, os voxels, vão desde os cálculos e programas bio-informatizados capazes de produzir, mas não traduzir essas imagens à semiologia médica; esta sendo habilitada a traduzir, não é capacitada a produzir essas imagens. Dado o aspecto simbólico das Neurociência e da Neurologia no universo da formação do graduando em medicina problematizamos problematizar esse percurso existente entre a produção e a tradução das imagens médicas e seu impacto na formação dos alunos que pertencem às Ligas Acadêmicas de Medicina que atual no segmento da Neurociência, da Neurologia e da Neuroimagem.

Retomando o fio condutor: a primeira vez que nos debruçamos sobre este problema foi durante a pesquisa de mestrado. Numa breve retrospectiva relataremos e apresentaremos os motivos pelos quais “migramos” do tema do Autismo para o do Alzheimer. Vejamos algumas relações entre eles a partir de agora. Lendo um trecho de um módulo de curso para agentes terapêuticos oferecidos pela Casa da Esperança<sup>358</sup> durante a pesquisa de mestrado encontrei seguinte passagem

A década de oitenta , tendo sido a “década do cérebro possibilitou a utilização do computador na realização e análise dos exames, além do surgimento de exames mais sofisticados , como a Tomografia por emissão de Pósitrons e as Imagens de Ressonância Magnética, favorecendo o estudo do cérebro in vivo, ou seja, com o paciente respirando anteriormente, na época de Kanner, só se realizavam exames cerebrais post mortem, ou seja , depois que o paciente morresse. A psicanálise tem perdido terreno de forma progressiva desde a “década do cérebro”, pelo mesmo motivo: doenças que eram estudadas de um ponto de vista exclusivamente psicogênico receberam novas luzes oriundas de um estudo mais cuidadoso de como o cérebro funciona na articulação do comportamento ( COSTA, 2004; 7)

O simultâneo afastamento e desqualificação de posturas psicogênicas sobre a questão e a demarcação desse território sob a égide de posturas neurobiológicas, podem ser claramente visitadas em publicações recentes de uma das maiores editoras especializadas no país. M.B. Denckla prefaciando uma dessas publicações<sup>359</sup> afirma que “A *neuroimagem* e a neuropsicologia, tornaram-se mais *proeminentes* há 25 anos. Aplicadas ao autismo (e à maior parte da psiquiatria), reforçaram a *aceitação geral da natureza neurobiológica* desse transtorno”. [Grifos meus].

A possível ressonância epistemológica dessa fundamentação no campo do autismo em relação ao Alzheimer, pode ser observada numa discussão proposta por Caixeta (2012: 27) ao contextualizar o tema da evolução do conceito de doença de Alzheimer. Segundo ele “O contexto de DA continuará evoluindo uma vez que novas descobertas no campo da neurociência são constantes, sobretudo advindas dos avanços da genética, da neuropatologia, da biologia molecular, da neuroimagem e dos estudos transculturais”

---

<sup>358</sup> Instituição civil, criada em 1993, por mães de crianças autistas em Fortaleza. Oferece apoio terapêutico e educacional para crianças e adolescentes autistas, capacitação profissional na área de educação especial direcionada ao autismo, promoção de encontros entre profissionais ligados a área e familiares de autistas, além de desenvolver projetos de inserção profissional de autistas e projetos de pesquisas e divulgação do tema.

<sup>359</sup> TUCHMAN,R. RAPIN,I. (org). **Autismo**: abordagem Neurobiológica. Porto Alegre: Artmed,2009.

Nessa passagem se visualiza claramente os princípios teóricos que habitam o cerne dessas posturas. É o que apreendemos no artigo intitulado “Neuroanatomia e Estudos de Neuroimagem” de autoria de Martha W. Zimmerman e Verne S. Caviness jr. Pode-se ter uma nítida idéia da concepção normalizadora que subjaz tais abordagens. Isto é as autoras afirmam que “A descoberta neuroatômica mais consistente feita no autismo é a tendência de um tamanho cerebral relativamente grande em indivíduos autistas jovens- um deslocamento para cima em relação ao tamanho cerebral médio” (ZIMMERMAN e CAVINESS JR, 2009; 146 *In* TUCHMAN e RAPIN) [Grifos meus]<sup>360</sup>.

E continuam

Já no autismo, o cérebro de proporções alteradas consiste, então, em um fenômeno que pode estar associado a repertórios comportamentais alterados. Relações interregionais alteradas podem envolver trajetórias de crescimento divergentes ao longo do tempo e também podem ser detectadas em estudos transversais. Elas podem envolver mudanças de volume, metabolismo, conectividade, assimetria ou outros aspectos funcionais. A identificação de relações alteradas entre regiões e estruturas cerebrais podem ser relevante, pois a mudança de proporcionalidade entre os componentes dos sistemas distribuídos pode refletir alterações nas propriedades dos sistemas. (MESULAM, 1990; ANDREWS et al., 1997 *apud* ZIMMERMAN e CAVINESS JR, 2009: 135-6)<sup>361</sup> [Grifos meus]

Finalmente, no artigo *Autismo: Neuroimagem* de Zilbovicius, Meresse e Boddaert. Nos deparamos com a seguinte passagem.

Graças a *estudos recentes que utilizam métodos de imagem cerebral*, os cientistas obtiveram uma idéia melhor dos circuitos neurais envolvidos nos transtornos do espectro do autismo. De fato, *os exames de imagem cerebral funcionais*, como tomografia por emissão de pósitrons, tomografia por emissão de fóton único e ressonância magnética funcional *abrem uma nova perspectiva para o estudo do funcionamento cerebral normal e patológico* [Grifos meus]

---

<sup>360</sup> Fazemos aqui uma comparação e uma relação com um alerta feito por Gilberto Freyre no seu *Casa Grande e Senzala* sobre o solo frágil e movediço em que repousavam concepções acerca da inferioridade ou superioridade de “raças” a partir da utilização de determinados critérios para justificá-las. Critérios tais como a forma, o peso, a capacidade e a significação do cérebro e do crânio humanos. Ver, nesse clássico da Antropologia Brasileira, o capítulo “O escravo negro na vida sexual e de família do brasileiro”. Consideramos que o diagnóstico normalizador que compara não só o tamanho como também uma série de funções cerebrais a partir de uma *média* significa a atualização de desdobramentos de teorias conservadoras frente as quais Freyre, sob um outro ângulo, isto é, as chamadas *pesquisas antropométricas*, já questionava e se posicionava.

<sup>361</sup> Ver ainda SLIAR, C. Pedagogia (improvável) da diferença: e se o outro não estivesse aí? Em que o autor, no capítulo intitulado “Sobre a anormalidade e o anormal - notas para um julgamento (voraz) da normalidade realiza uma discussão entre o desenvolvimento da Estatística enquanto Ciência e a Eugenia.

Afunilando o debate em termos de uma memória da História das Imagens Científicas sobre a Memória e sua relação com o Ensino médico vislumbramos o disparo de uma movimentação incrivelmente simultânea, dinâmica, multifacetada e recíproca.

As primeiras imagens obtidas do cérebro eram bastante grosseiras, mas mostravam o caminho tecnológico que foi seguido inexoravelmente nos anos seguintes, de desenvolvimento de uma formidável ferramenta de visualização do interior do corpo. O cérebro era o órgão ideal para a CAT, pelas razões que expusemos acima, assim, não é de surpreender que os primeiros equipamentos tinham espaço apenas para a cabeça, e foram usados exclusivamente em Neurologia <sup>362</sup>

Note-se aliás, uma espécie de comunhão de movimentos. Por um lado, o desenvolvimento de tecnologias imagéticas de mapeamento do cérebro; por outro, a incorporação do Mito do Progresso Técnico. Ou seja, a busca incessante da Verdade sobre o Cérebro depende da inovação e da criação de novas tecnologias imagéticas voltadas ao mapeamento da estrutura e da função do cérebro.

Sendo assim, as camadas de significação que se sobrepõe a partir desses pontos de vista supracitados apontam uma íntima ligação. Tanto o quadro referencial e analítico quanto os pontos de vista estão amparados em princípios e critérios normalizadores. Portanto, ao dissecarmos tais concepções infere-se também uma certa crença na Imagem. As imagens de uma forma geral, e as neuroimagens de forma mais específica, possuíam um certo poder minucioso, místico e perscrutador acerca de um funcionamento cerebral observável em seus múltiplos e mais variados desdobramentos. As neuroimagens, impregnadas por um imaginário “neo-positivista” funcionariam então, do ponto de vista científico e tecnológico, como a última palavra e uma certa vontade de verdade sobre o tema em questão.

Contudo, é precisamente essa intimidade que é necessário problematizar. Quer dizer, é imprescindível elucidar qual a condição de possibilidade que permitiu que as técnicas de leitura do interior de um corpo humano incrivelmente colonizado por

---

<sup>362</sup> Para contextualizar a emergência da neuroimagem, ver A História da Neuroimagem de Renato M.E.Sabbatini. A primeira imagem tomográfica foi realizado em 3 de julho de 1977. O protótipo fora batizado de The Indomitable, demonstrou que essa era a técnica ideal para imagear tecidos moles, portanto, o cérebro. Essa “primeira imagem” demorou nove horas para ser obtida. Antes disso o cérebro de “Albert Einstein (1879-1955) foi fatiado em 240 pedaços logo após sua morte- e cuidadosamente pesado, medido, embalado e guardado conforme contam os psicólogos Christian Hoppe e Jelena Stojanovic, que pesquisam bases neurais da Inteligência na clínica Universitária de Epistemologia, em Bonn, Alemanha”. Essa passagem foi encontrada no editorial da Revista Mente e Cérebro. Ano XVI,n.169 cuja manchete principal era “ A Neurociência da genialidade: a busca das bases biológicas que tornam algumas pessoas brilhantes em suas áreas”.



teorias normalizadoras caminhasse - a braços dados - com a mercantilização da vida e da saúde humana.

Em suma<sup>363</sup>, como foi possível que a mercantilização, a industrialização e o patenteamento genético e neurológico assumissem uma posição tão hegemônica nos saberes e práticas médicas? Como esses saberes e práticas hegemônicos impactam a educação médica oferecida aos estudantes de medicina nas universidades e faculdades de Medicina? Como foi possível que o Complexo Industrial da Saúde obtivesse uma influência tão grande na formatação das teorias e leituras sobre um campo como a Medicina? Como as imagens científicas e as neuroimagens disseminadas nas sociedades contemporâneas podem ser problematizadas partindo da investigação de temas como o Autismo e a Memória?

Existiriam concepções, discursos e práticas minoritárias que se contraporiam a tais visões que se pretendam hegemônicas? Perceber a hegemonia das teorias que reproduzem esses ideais tecnocráticos é uma forma institucionalizada de ler, interpretar e compreender essa realidade? Como escapar a leituras institucionalizantes nesse campo de investigação?

A partir dessa breve contextualização histórico-institucional da Educação Médica no Brasil e das ligas acadêmicas de Medicina repousamos a problematização de nosso projeto de pesquisa. As relações entre as inovações científicas, tecnológicas e empresariais; a educação médica e a especialização do saber e prática médica podem ser ilustradas de uma maneira didática ainda que se dêem numa complexa cadeia de eventos nas relações saber e poder.

A revolução científica, fruto dos séculos XIX e XX, permitiu grandes avanços no campo das ciências médicas. O conhecimento médico e, conseqüentemente, a prática profissional adquiriram feições científicas, imprimindo a racionalidade objetiva como fundamento de um novo paradigma médico. O pensamento e o ato médicos fundiram-se numa complexa combinação de empirismo, experiência cotidiana e raciocínio clínico. A consulta, a anamnese e a análise clínica passaram a ser a

---

<sup>363</sup> Ver depoimento de Cunha Jr. Âncora do programa Roda Viva na entrevista concedida por Patch Adams. O jornalista é ex-aluno de medicina e relata, durante a entrevista, algumas das relações aqui abordadas a través de sua própria experiência enquanto acadêmico.

conduta-padrão de um bom médico, dando-lhe poder, prestígio e crédito junto ao paciente.

É necessário contextualizar e problematizar as relações entre essa “revolução científica”, a “racionalidade médica” e as práticas profissionais médicas. Veremos essa crítica ser operada por Georges Canguilhem um pouco mais à frente. Por hora, apenas uma menção. O tecnocratismo impresso nesse tipo de abordagem pode ser desconstruído nos momentos mais triviais de nosso cotidiano. Não poucas foram as vezes em que a crença, por exemplo, numa análise objetiva, imparcial e precisa operada por equipamentos tecnológicos demonstrou sua fragilidade epistêmica<sup>364</sup>.

Além disso, esse poder assume também feições econômicas. Em quase todo o mundo ocidental, em especial nos países desenvolvidos, a atividade médica é uma das atividades mais rendosas entre os profissionais *white-collars*<sup>365</sup>.

O processo de divisão social do trabalho médico, com o advento da revolução científica, é fato reconhecido em todo o mundo. O conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho médico se impôs. O processo de especialização é um traço característico dessa nova ordem racionalizadora. Desta forma,

a concepção de uma nova prática médica determinou em grande parte as mudanças substantivas na atividade, compreendendo os aspectos técnicos e práticos. Essa nova abordagem da medicina levou a uma redefinição de parâmetros e critérios tanto na inserção da profissão no mundo do trabalho, como na própria atuação deste profissional no processo de trabalho em saúde. (MACHADO et al., 1997:5)

---

<sup>364</sup> Numa conversa informal sobre esse tema com uma colega da Pós-Graduação em Educação na UFC, me foi relatado o seguinte: foi levada desnecessariamente a fazer uma cirurgia no seio por conta de dois erros: um de indução ; outro de dedução. A interpretação semiológica e médica da “ mamografia” se verificou estar errada somente no momento da cirurgia. Tendo a mãe da colega tido um câncer de mama e sendo encontrado um nódulo no seio da filha, o médico raciocinou e diagnosticou como que por “ hereditariedade”. Valeu-se, para legitimar sua intuição do poder das imagens que esses exames oferecem . Portanto, se as imagens detectaram algo e se a mãe da paciente teve um câncer , esse nódulo indicaria o mesmo sintoma na filha. A questão, porém , é que até o momento da intervenção cirúrgica, nenhum exame mais corporal e tátil fora realizado, haja visto que o exame de mamografia só é recomendável aos 40 anos de idade e a colega tinha apenas 32 anos na época . Todo o processo foi feito então dentro de uma racionalização e abstração confiada e amparada na ciência e na tecnologia. Se verificou, na hora da intervenção, que se tratava apenas de um cisto d’água no seio. Boa notícia para nossa colega e mais um alerta cotidiano para o que vimos aqui problematizando.

<sup>365</sup> Conceito criado pelo sociólogo americano C. Wright Mills. Autor de *A Imaginação Sociológica*, obra muito conhecida e utilizado nos cursos de graduação em Ciências Sociais do Brasil. Aqui uma curiosidade histórica se faz necessária: o próprio Mills reconhecia em Alberto Guerreiro Ramos, sociólogo brasileiro, e sua obra *A redução sociológica*, um precursor de algumas de suas idéias e concepções mais conhecidas.

Estudos sociológicos mostram que os avanços tecnológicos têm contribuído fortemente para o surgimento de novas especialidades e subespecialidades. Até há alguns anos, a sociedade não contava com médicos especializados em unidades intensivas, em diagnósticos de imagens (ultrassonografia, ressonância magnética, mamografia, entre outros) ou mesmo com o desenvolvimento da oftalmologia, que se transformou numa atividade altamente tecnificada. Da mesma forma, com o desenvolvimento dos diagnósticos das doenças do coração, por exemplo, várias subespecialidades passaram a vigorar no quadro dos serviços altamente especializados oferecidos ao consumidor, tais como exames coronários específicos que detectam preventivamente inúmeros problemas cardíacos, eliminando, inclusive, procedimentos cirúrgicos. Estudos realizados por Díaz-Jouanen (1990) mostram que o fenômeno da especialização pode ser analisado sob vários ângulos. Segundo esse autor, as especialidades médicas podem ser classificadas em três grandes grupos sociológicos: as 'cognitivas' (clínica médica, pediatria etc.); as 'técnicas' ou de 'habilidades' (especialidades cirúrgicas) e as 'intermediárias' (cardiologia, gastroenterologia etc.). Tal classificação está associada ao grau de envolvimento que o profissional estabelece com o paciente, sugerindo que as especialidades que exigem maior contato pessoal são as ditas cognitivas, em oposição às especialidades técnicas ou de habilidades, nas quais há predomínio de atos médicos respaldados em apoio diagnóstico que envolve alta tecnologia e pouco contato pessoal com o paciente.

Problematizando os limites do conhecimento profissional médico inscrito na divisão de trabalho especializado de uma sociedade, Freidson (2009) problematiza a ideia da Medicina, vista como um “protótipo virtual de profissão especializada”. As relações da ciência com a religião e a política emolduram e atravessam a análise sociológica. Ombreando essas relações, os defeitos genéricos da especialização médica são ventilados. Dessa argumentação, ponderamos a seguinte análise

Ademais, defendendo que na medicina, como um protótipo virtual de profissão especializada, encontramos o caso mais estratégico pelo qual podemos explorar o problema da relação da *expertise* e do experto com a sociedade livre, porque ela não é, como tantas outras, protegida pela obscuridade da relação minuciosa de trabalho especializado. A medicina, visível sob o olhar público por oferecer um serviço pessoal, passou a dominar uma divisão de trabalho elaborada. Sua jurisdição é ampla e de longo alcance, tendo se

expandido para áreas que antes eram dominadas pela religião e pela lei<sup>366</sup> - isto é, a fé e a política. A medicina também tem como os novos expertos, uma base sólida na ciência. Mas como todos os expertos, acredito que a medicina possui defeitos genéricos ao seu próprio status de experto. Nestes capítulos finais, analisarei esses defeitos da profissão médica, esperando sugerir ao mesmo tempo os defeitos que a política social deveria reconhecer em todos os expertos. A base da minha análise se apoia no exame detalhado da profissão que constitui a maior parte desse livro. Nestes capítulos finais, espero mostrar que a *prática, o exercício, ou a aplicação da expertise são analiticamente distintas da expertise e conhecimento por si mesmos*”(FREIDSON, 2009; 363)

Apesar da atividade médica inscrever-se de forma “sofisticada” no processo geral de especialização da divisão social do trabalho, boa parte do conhecimento prático que norteia a profissão seria ainda fundamentado na experiência clínica “pessoal”.

Contudo, a confiança dos leigos no conhecimento especializado em geral, e na especialização do conhecimento médico, em particular, apenas justifica e legitima o poder decisório do saber médico sobre questões pertinentes à vida das pessoas, quando esses conhecimentos são confiáveis o suficiente para que sejam tomadas as medidas e decisões corretas segundo o interesse leigo.

Mas “Se existem algumas áreas em que os expertos carecem desse conhecimento, a sua autonomia para tomar decisões não é justificada e pode ser adequadamente restringida” FREIDSON (2009; 63). Segundo o estudioso, essa questão diz respeito aos fundamentos da igualdade política numa sociedade livre. Uma igualdade não de “habilidades, conhecimentos ou meios, mas, sim, uma igualdade moral” (FREIDSON, 2009:364)

Ainda hoje essa divisão do trabalho elaborada e o trabalho dos espertos pode ser percebida a partir das relações entre saberes e práticas médicas, o desenvolvimento de especialidades no campo médico e a indústria dos equipamentos imagéticos no complexo industrial da saúde. Afirma Adib Janete *In* COELHO FILHO

---

<sup>366</sup> Sobre as relações especializadas do Direito com a Neurociência e a Medicina, ver. FERNANDES, Atahualpa. FERNANDES, Marly. **Neuroética, Direito e Neurociência: conduta humana, liberdade e racionalidade jurídica**. Curitiba: Juruá, 2008. Ver ainda: SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva ( coord). **Direito e Medicina: novas fronteiras da ciência jurídica**. São Paulo: Atlas: 2015. Uma problematização foucaultiana no campo jurídico pode ser vista em. FONSECA, Márcio Alves da. **Michel Foucault e o Direito**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

(2010: 16) num prefácio de um livro editado e publicado para quem escolheu ser médico, é um jovem médico, aprendiz ou ainda aspirante a ser um médico.

Ao lado do desenvolvimento de especialidades, com ampliação nunca imaginada na possibilidade terapêutica, uma poderosa indústria de equipamentos de diagnóstico foi desenvolvida. A quem possuía apenas o aparelho de raios- X, como equipamento de diagnóstico por imagem, agregaram-se o ultrassom, a tomografia computadorizada, a ressonância nuclear magnética, a cintilografia, o PET CT e grande número de testes de laboratório que passaram a ser ferramentas, por muitos consideradas indispensáveis. Acontece que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o homem não mudou. Continua como antes, diante da doença, necessitando antes de tudo confiar em quem o trata. Essa confiança, que o faz entregar-se sem reservas, só pode ser confrontada com competência e dedicação. O médico não pode permitir que as máquinas o substituam. Não se pode limitar o tempo de consulta, refugiar-se na solicitação de exames e encurtar a anamnese como se esta pudesse ser substituída por imagens. Não se pode permitir o deslocamento do responsável pelo diagnóstico, que será sempre o médico, auxiliado pelos exames. (JATENE *Apud* COELHO FILHO; 2010-17)

Nessa passagem podemos arrazoar a estreita ligação entre o desenvolvimento científico e tecnológico e a especialização dos saberes e práticas ligadas à Medicina. Isto é, os avanços, descobertas e desdobramentos científicos e tecnológicos são demandados, produzidos e consumidos pelo complexo industrial da saúde médica. No mesmo movimento, as relações de saber e poder existentes entre “médicos e pacientes” são permeadas e impactadas por essas reconfigurações sociais, culturais, políticas e econômicas.

Partindo desse pressuposto, vejamos inicialmente uma “notícia” sobre o Sistema Nervoso Central. Os estudos e pesquisas sobre o SNC é uma das molas propulsoras dos avanços científicos e tecnológicos inscritos no Campo da Medicina. Vejamos como o SNC figura mundialmente entre os chamados “Grupos Terapêuticos” possuindo uma estreitíssima ligação com o Mercado Mundial da Indústria Farmacêutica .

Segundo o IMS Health (2003), no período de Novembro de 2002/ Outubro de 2003 houve um crescimento de 7% nas vendas de medicamentos em farmácias nos 13 maiores mercados. A América do Norte lidera esse crescimento com uma taxa de 10%, correspondendo a US\$ 167,89 bilhões, puxado principalmente pelo grupo terapêutico do Sistema Nervoso Central, cujo crescimento foi de 16% no mesmo período. Os cinco maiores mercados europeus ( Alemanha, França, Itália, Reino Unido e Espanha) apresentaram um crescimento médio de 6%, vindo em seguida o Japão, com 3%. Os grupos de medicamentos que apresentaram maiores taxas de crescimento de vendas foram aqueles para Tratamento Cardiovascular ( 13%), do Sistema Nervoso

Central ( 13%), de desequilíbrios alimentares ou de metabolismo (10%), respiratório (6%) e de doenças infecciosas (6%). (CAPANEMA & FILHO, 2004:28) [Grifos meus]

A Indústria Farmacêutica, por sua vez, possui uma sólida e institucionalizada relação com a Ciência e a produção de conhecimento em áreas como o Diagnóstico por Imagem. Ciência e Mercado unidos indissolivelmente. Constatamos isso numdos principais Informativos do setor : O Jornal da Imagem<sup>367</sup>. O título da edição que transcrevemos abaixo já denota a concepção da veiculação midiática.: “ A 36 Jornada Paulista de Radiologia (e Diagnóstico por Imagem) apresentará aos seus participantes um *programa científico de referência* e a *maior feira técnica comercial de sua história*”. No editorial do mesmo informativo, escrito pelo Dr. André Scatigno Neto, presidente da Associação, vivenciamos a consagração da *mercantilização da ciência*.

Sabemos que para a *expectativa comercial das empresas ser atendida* no evento devemos propiciar um excelente conteúdo. E para termos a cada ano um conteúdo melhor, investimos alto. Este ano a Jornada contará com cerca de 40 convidados estrangeiros, entre *professores de renome* e lideranças médicas. Além disso, providenciamos a montagem de mais *salas de aula*, todas com padrão de conforto e de qualidade inquestionáveis. Apesar da participação no evento representar um grande *investimento* para as empresas, o *benefício* que a Jornada traz ao seu *público* é muito maior, seja este profissionais que desejam difundir tecnologias, que pretendem *adquirir equipamento de última geração* ou que estão buscando a *troca de conhecimento*. [Grifos meus]

Em seguida, os expositores confirmam presença e acentuam a forte relação entre Mercado, Ciência, produção de conhecimentos e equipamentos tecnológico-imagéticos de última geração.

Já marcaram presença na Jornada Paulista de Radiologia (JPR) 2006 : (...), Anvisa, Bio Imagem , Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), CHISON- Int'l, Cine Cath Systems, CLR Balieiro Editores Ltda , Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo( Cremesp), Diagnostic Image, IBF Ind. Brasileira de Filmes S:A, Imagem Prods. Radiológicos Ltda , Johnson & Johnson, Kodak Brasileira, Livrarias Ciências Médicas Ltda., Fuji Film, Philips, Refina Metalquímica Ltda, Siemens, Sociedade de Radiologia do Paraná (SPR), Toshiba, White Martins, Zigma. [Grifos meus]<sup>368</sup>

Noutro ângulo da questão podemos identificar um dos efeitos midiáticos de todo esse cenário apresentado até aqui. Sob o pretexto da divulgação das descobertas científicas; tais são apresentadas como algo neutro e desinteressado. Vejamo-la.

---

<sup>367</sup> Informativo mensal da Sociedade Paulista de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. A edição que utilizamos foi a de N.331 de Março de 2006.

<sup>368</sup> Mesmo Informativo.

“Começa a Seleção Genética”. *A Capa é acompanhada pelo subtítulo* “Novos testes permitem escolher os embriões certos para gerar bebês mais saudáveis, livres de doenças causadas por genes defeituosos; Conheça os exames que já podem ser feitos e os próximos passos da ciência para melhorar a saúde humana”<sup>369</sup>

Guardemos esses elementos aparentemente distribuídos de forma aleatória até o momento. Até o momento, esboçamos algumas das possíveis relações existentes entre o Mercado, a Ciência, a produção de conhecimento científico, a busca e descoberta de novos instrumentos tecnológicos e a veiculação dos resultados dessas alianças veiculadas nos meios de comunicação de massa. Mas, antes mesmo de apresentarmos os objetivos a justificativa do projeto, gostaríamos de fazer um pequeno relato.

Durante a pesquisa de mestrado realizávamos uma observação recorrente: o avanço científico-tecnológico das metodologias de diagnóstico imagético do funcionamento cerebral pareciam caminhar passo a passo, com o avanço e o predomínio da chamada Teoria da Mente. As conversas informais que mantínhamos durante a pesquisa chamavam à atenção para o seguinte fato: Por que as revistas científicas não problematizavam as suas matérias e informações? Por qual motivo as reportagens e as matérias assumiam o falso caráter de um relato aparentemente neutro e desinteressado dessas novidades científicas ao grande e leigo público leitor?

Notara àquela época que certas revistas consideradas respeitáveis na divulgação científica resumiam a apresentação de temas como o Autismo a partir de uma única variante explicativa. Com o tempo, a disseminação dessa vertente parecia transformá-la na única “verdade” sobre o tema. Por exemplo, uma reportagem que acabáramos de ler sobre Tito Mukhopadhyay<sup>370</sup>, um poeta “autista” indiano nos inquietou ainda mais. É que a matéria era totalmente alinhavada sob o signo da Teoria da Mente e seus pesquisadores<sup>371</sup>. Todavia, existem e se conflitam inúmeras abordagens sobre o Autismo<sup>372</sup>.

---

<sup>369</sup> Revista Isto É . 21 de Janeiro de 2009. Ano 32. n.2045.

<sup>370</sup> Poeta indiano autista. Sua mãe criou uma técnica de alfabetização própria para ele.

<sup>371</sup> Ver National Geographic, Março de 2005.

<sup>372</sup> Exemplo de teorias que versam sobre o Autismo: No âmbito psicanalítico: Bruno Bettelheim e a teoria culpabilizadora dos pais de filhos autistas.; Frances Tustin e as noções de buraco negro, formas e objetos autísticos; Donald Meltzer e o desmantelamento; Genevieve Haag e as junções criativas; Esther Bick e a segunda pele. No âmbito educativo: Montessori e a busca da autonomização da criança; Eric Schopler e o método TEACCH; Elisabeth Crossley e a comunicação facilitada. No âmbito médico: Sylvie Tordman e a abordagem integrada. No âmbito etnopsiquiátrico: Tobie Nathan e o associativismo entre



No entanto, essa predominância da Teoria da Mente parecia não se circunscrever ao Autismo. Foi com essa suspeita que na época começamos a intensificar a tematização da patologização social, cultural e neurobiológica da Memória. Tal qual vivenciávamos na pesquisa sobre o autismo, esse curto-circuito informativo e teórico lido nas revistas científicas de divulgação científica era retroalimentado pelas novidades das Neurociências e das Engenharias Genéticas traduzidos pelas mais variadas formas de comunicação científica.

Exemplar dessa movimentação é que, o que alimentava o signo do futuro científico era a tematização do passado, através da neurodegenerescência progressiva da memória. Parecia haver, então, uma produção estandardizada, mercantilizada e midiática das relações entre memórias distintas: a doente alimentava a inovadora. E essa relação era negligenciada pelos mecanismos políticos e culturais na arena científica que simbolicamente deveriam traduzir essas inquietações. Sintomaticamente, qual a razão desse esquecimento cotidianamente retraduzido como a fabricação uma intensa vontade *de saber popular sobre temas exóticos tais como o Autismo e o Alzheimer ?*

Exemplo disso no campo científico pode ser encontrado na coletânea intitulada “Doença de Alzheimer” organizado por Leonardo Caixeta (2012). Na passagem podemos articular a questão do autismo e do Alzheimer com o saber e poder geriátrico. O Alzheimer é um dos principais temas que atravessam e emolduram os saberes e poderes geriátricos e gerontológicos ligados ao processo de envelhecimento. E, nesse sentido as Ligas Acadêmicas de Geriatria e Gerontologia possuem uma especial atenção em relação ao tema Alzheimer e aos sempre últimos e mais recentes estudos e pesquisas genéticos, neurobiológicos e imagéticos no campo.

No capítulo “Neuroimagem estrutural e funcional na doença de Alzheimer”, o organizador da coletânea apresenta um panorama mundial do Alzheimer mostrando o impacto social e econômico. Em seguida, desenvolve algumas considerações sobre as características da demência e aponta a necessidade de uma maior sofisticação acerca dos mecanismos de análise, diagnóstico e detecção do Alzheimer. Inclui, dentre esses mecanismos, os marcadores biológicos e as neuroimagens podem ser aliados aos aspectos clínicos da investigação. Sobre as últimas nomeia de forma ampla os dois

---

cultura e psiquismo. A teoria da mente se situa entre as abordagens cognitivistas: Alan Leslie e a Teoria da Mente e Uta Frith e as ilhas de aptidão.

grandes campos de atuação das neuroimagens. Como vimos apresentando desde a primeira citação desse tópico, o aspecto tecnológico e o universo clínico estão aí se movimentando uma vez mais.

A expectativa de vida nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tem aumentado nas últimas décadas. Com isso, as demências em geral e a doença de Alzheimer ( DA) em particular vêm progressivamente aumentando sua prevalência e causando um problema não apenas médico, mas também social e econômico, já que constituem a terceira maior causa de gastos com cuidados em Saúde, atrás apenas das doenças cardíacas e do câncer( Apostolova; Thompson, 2008). Estima-se que 24 milhões de pessoas no mundo tenham demência, na maioria dos casos, DA. ( Ballard et al, 2011). Assim, o interesse na DA está focado, cada vez mais, no diagnóstico precoce, a fim de iniciar o tratamento antes que ocorram danos neuronais irreversíveis. Entretanto, as alterações patológicas da doença surgem no cérebro anos ou mesmo décadas antes dos primeiros sintomas se apresentarem. Conseqüentemente, as medições clínicas de prejuízo cognitivo não permitem que a DA seja diagnosticada de modo precoce, pois, nessa fase, ela pode ser assintomática ou muito leve . Dessa forma, faz-se necessário o uso de marcadores biológicos complementares mais sensíveis. Métodos para melhorar o diagnóstico também avançaram, mas um consenso mais refinado é necessário para o desenvolvimento de um painel de marcadores biológicos e de neuroimagem que apoie o diagnóstico clínico ( Tartaglia; Rosen; Miller, 2011)Este capítulo será dividido em duas partes para favorecer a compreensão, bem como para demarcar as particularidades e os avanços dos dois campos de abrangência da neuroimagem: neuroimagem funcional na DA e neuroimagem estrutural na DA. (CAIXETA, 2012; 203)

Recentemente, por exemplo, vimos desfilar toda uma série de matérias que tentam produzir o “ genial craque” de futebol Lionel Messi, jogador do Barcelona e da Seleção Argentina como um autista.

Ora, matizando as camadas de significação que se sobrepõem a partir desses pontos de vista supracitados, pode-se facilmente verificar uma intensa relação: a da natureza dos quadros referenciais e analíticos das notícias oferecidas por esses meios de comunicação e seu fiel amparo em princípios e critérios normalizadores.

Acompanhando tais concepções mais detidamente, percebemos também uma certa crença que denotaria a Imagem, possuidora mística de um certo poder minucioso e perscrutador acerca do funcionamento cerebral em seus múltiplos e mais variados desdobramentos, entendida enfim, como a última palavra e uma certa vontade de verdade sobre o tema em questão.

É precisamente essa intimidade normalizadora e imagética que é necessário problematizar. Quer dizer, é necessário elucidar qual a condição de possibilidade que permitiram que as técnicas de leitura do interior de um corpo humano incrivelmente colonizado por teorias normalizadoras caminhassem - a braços dados- com a

mercantilização da vida humana através do patenteamento industrial, econômico e virtual dos genes humanos. Mercantilização do conhecimento científico e tecnológico por um lado; normalização dos seres humanos por outro.

Entrevista a ligação entre os dois fenômenos, uma necessidade. É necessário formular as relações existente entre eles em dois movimentos. O primeiro apresentando as descobertas existentes nas pesquisas desenvolvidas sobre o Alzheimer a partir da Neurologia e das Neuroimagens. O segundo contextualizando e sua recepção crítica nos saberes e práticas geriátricos e gerontológicos que são perpassados aos professores e acadêmicos de Medicina.

Numa palavra. Pensamos que ao tentarmos desenhar um percurso específico como esse poderíamos ter uma amostra de como os saberes e práticas circulam no imaginário médico inscrito na educação médica. Ciência e tecnologia de um lado, teorias críticas do currículo de outro.

A problematização se deve ao fato do currículo poder ser colocado como uma questão de identidade e poder. São as conexões entre a realidade e o conhecimento filtradas por relações de poder. Mas, como bem salienta GOODSON (1995) o currículo não é algo fixo e imutável. Uma análise do currículo deve perceber os conflitos, rupturas e ambiguidades existentes na tematização e na elaboração das categorias pelas quais os sujeitos percebem e constroem a própria organização e disposição dos saberes e práticas educacionais. A própria constituição de sua “grade curricular”. Numa palavra, o currículo produz identidades, diferenças e subjetividades.

A problematização do currículo é a tematização dos efeitos que um dado corpo de conhecimentos e experiências formais e informais termina por produzir nos indivíduos. Como são organizadas, distribuídas, filtradas, interpretadas uma série de atividades e experiências para que um estudante de medicina se torne um médico?

A questão é que uma análise histórica do currículo deve tentar “ captar as rupturas e disjunturas, surpreendendo, na história, não apenas aqueles pontos de continuidade e evolução, mas também as grandes discontinuidades e rupturas” (GOODSON, 1995;7). Mas é justamente por levar em consideração as discontinuidades e rupturas que um estudo e análise sociológica, histórica e educacional dos saberes e práticas médicos não pode se restringir aos aspectos meramente formais tais como uma “reforma curricular”. Isso porque, como salienta Ivor Goodson

É igualmente importante que uma história do currículo não se detenha nas deliberações conscientes e formais a respeito daquilo que deve ser ensinado nas escolas, tais como leis e regulamentos, instruções, normas e guias curriculares, mas que investigue também os processos informais e interacionais pelos quais aquilo que é legislado é interpretado de diferentes formas, sendo frequentemente subvertido e transformado( Goodson, 1995:9)

Noutro lado da mesma moeda epistemológica e social que tangencia a educação médica, percebemos no alerta de Adid Jatene o poder e a influência cada vez maior das imagens técnicas no saber científico, tecnológico e médico. Portanto: o que significa, como se constrói, qual o seu regime de poder dessas imagens? Como foi possível conceder às imagens esse poder perscrutador, inequívoco, grandioso, onipotente e onisciente dentro da Ciência e da Tecnologia e das Novas Metodologias da Educação Contemporânea? Por qual motivo essa questão passou despercebida e não problematizada? A Imagem Técnica e Médico-científica não poderia estar sendo usada indiscriminadamente pelas “Técnicas Médicas de Visualização do Interior de um Corpo Humano” continuamente patenteadas pela Indústria Farmacêutica?

Esse era nosso objetivo inicial na pesquisa. Tendo em vista os limites, impasses, conflitos, possibilidades e estratégias resolvemos problematizar a educação médica a partir das ligas acadêmicas. Da ideia inicial vingou a maciça presença da tecnologia no campo do ensino médico. Portanto, ao invés de excluir pensamos em incluir e deslocar aquela nossa preocupação sem marginalizá-la no escopo da presente investigação. Pinçada a ponta tecnológica, vejamos agora a ponta social. As pontes foram distribuídas em capítulos diferentes para efeito de exposição e para a organização de nossa argumentação.

Antes de irmos ao capítulo seguinte lembremos que o projeto político pedagógico do curso de medicina e mesmo as diretrizes nacionais que norteiam a implantação das mudanças curriculares até o final de ano de 2018 preceituam a formação crítica, humanista e atualizada do estudante de medicina e futuro médico fazendo com este aprenda a realizar análises ponderadas dos avanços e discussões inscritos no campo científico e tecnológico<sup>373</sup>.

---

<sup>373</sup> Ver esses documentos nos anexos desse trabalho.

## 7. AS POLÍTICAS SOCIAIS E A EDUCAÇÃO MÉDICA

O tema das políticas sociais e as educação médica é um subcapítulo do grande tema da avaliação, do planejamento e da gestão das políticas públicas<sup>374</sup>. Dado que uma das questões mais ventiladas na saúde é a qualidade e o atendimento médico, a relação entre programas sociais e a formação médica<sup>375</sup>. Um exemplo desse desafio foi investigado no Pará envolvendo o Programa Saúde da Família e estudantes em regime de internato. Eis a síntese da proposta.

A relação médico-paciente, substância essencial do ato médico, vem ao longo da evolução do exercício da medicina, sofrendo mudanças, perdendo a cada dia, características fundamentais, como a humanização, a ética e a comunicação. Aborda a questão da percepção do aluno da medicina sobre a relação médico-paciente, a importância da família nesta relação, e a experiência do trabalho em equipe. A hipótese central é que o aluno desenvolvendo a prática de ensino no Programa Saúde da Família (PSF), modelo assistencial tendo como núcleo central a família, e a prática médica envolvendo ensino-aprendizagem da promoção da saúde a clínica curativa, modifica sua percepção sobre a relação médico-paciente, adquirindo mais humanismo, ética e respeito pelo paciente, passando a tratá-lo como um todo, composto de corpo e mente integrado em seu ambiente. Foram pesquisados 21 alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, que realizaram o internato de medicina no Programa Saúde da Família no município de Bragança - PA, durante dois meses consecutivos. Para isso utilizou-se metodologia quanti-qualitativa, com aplicação de questionários e discussão de grupo focal. Os resultados demonstraram que o aluno apresenta um novo olhar sobre a relação médico-paciente, com mais ética e humanismo, enfatizando a importância da família no contexto do paciente e da prática médica, e o trabalho em equipe integrado facilitando a intercomunicação dos profissionais de saúde com o indivíduo e seu núcleo familiar.

---

<sup>374</sup> Sobre as perspectivas históricas na análise de políticas de saúde, Ver. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Sobre o estado da arte da pesquisa em políticas públicas e as perspectivas teóricas no processo de formulação de políticas públicas, ver HOCHMAN, Gilberto (org) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Sobre o desenvolvimento de processos avaliativos consistentes na avaliação nos serviços de saúde, ver BROUSSELLE, Astrid (org) **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. Sobre as relações entre a educação em saúde, a promoção em Saúde e a formação profissional, ver SONZOGNO, Maria Cecília. SEIFFERT, Otília Maria Barbosa. **Ensino em Ciências da Saúde: formação e prática profissional**. São Paulo: Fap- Unifesp, 2014. A obra inclui, dentre outros estudos, um ensaio sobre o ensino de semiologia nas escolas médicas do Rio de Janeiro e outro sobre o mundo do trabalho na graduação médica.

<sup>375</sup> Ver ARIAS, Eluíza Helena Leite. **Desafios na Formação Médica: o Programa Saúde da Família como Prática de Ensino**. São Paulo: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, V.2. N.6, 2006

Contornando os estudos, teses, pesquisas e investigações que traçam comparações internacionais<sup>376</sup>, vejamos como se comporta a chamada interiorização do ensino médico e a capacitação dos futuros médicos. A interiorização do ensino médico e acesso à faculdade fora dos grandes centros pode ser visitada nessa exposição de motivos da faculdade de medicina de Campos e se encontra no seu site<sup>377</sup>

Mediante resolução tomada pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, na sessão de 09 de novembro de 1964 em fundar em Campos uma Faculdade de Medicina, a Fundação Benedito Pereira Nunes, uma entidade mantenedora, iniciou em outubro de 1966 as obras necessárias à sua implantação; **isto para atender à forte demanda comunitária para que tivéssemos uma escola médica que formasse médicos de acordo com suas necessidades sociais e que também contemplasse um contingente grande de jovens universitários que tinham que se deslocar para os grandes centros a procura de ensino superior médico.** Apesar de planejada para funcionar a partir de 1968, teve que acelerar suas obras para, atendendo às contingências daquele momento universitário brasileiro, ser inaugurada em 14 de outubro de 1967, pondo a prova a capacidade de trabalho, rapidez e organização de seus fundadores. Esta capacidade nós sentimos orgulho de saber honrar atualmente com os projetos que desenvolvemos. A Faculdade de Medicina de Campos formou até agora 24 turmas, 1911 médicos, possui em seu corpo docente 128 professores, dos quais 72 ex-alunos. Seu conselho diretor é formado em sua totalidade por ex-alunos possuímos uma tradição de obtermos nos concursos a que se habilitam nossos egressos as melhores classificações. A formação de seus médicos é de caráter geral sendo capacitados a desempenhar os procedimentos básicos em medicina e a adquirir formação especializada na pós-graduação a partir da base sólida. A nossa escola médica apresenta uma intensa preocupação com a Avaliação Institucional como parte do processo constante de repensar a escola e promover transformações que melhorem sua qualidade sem fugir de seu referencial. Prova disto é nossa posição de Vanguarda dentro do grupo de 48 escolas que a nível nacional participam do Projeto Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Este projeto apresenta como característica principal apresentar a avaliação com perspectivas transformadoras na singularidade de cada escola. Deverá provocar uma verdadeira reformulação do ensino médico do Brasil. Temos ainda preocupação com a formação humanística de nossos alunos e promovemos para isto atividades paralelas ao currículo estrito, pelo nosso Centro de Estudo que contemple além de contudo científicos, mas também problematizando temas como a “Morte e o Morrer”, “A Sexualidade Humana”, etc. Encontramos especial motivação pela integração pela integração docente-assistencial, mantendo participação de nossos alunos e professores em unidades assistenciais ligadas ao Sistema Único de Saúde, aproximando com isto nossos formandos da realidade das ações de saúde de nosso município. Pretendemos promover um ensino não só integrado como hierárquizado nas ações primárias, secundárias, terciárias e quaternárias promotoras ou recuperadoras de saúde. Este objetivo ficará claramente apresentado quando detalhar-se o que se pretende fazer nos Centros de Saúde Escola de Custodópolis e Ururaí, na integração com o Hospital dos Plantadores de Cana e na concretização plena daquele que será,

---

<sup>376</sup> Ver BONET, Octavio. **Os Médicos da Pessoa**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

<sup>377</sup> (<http://www.fmc.br/historico-fmc/>)

sem sombra de dúvidas um marco na transformação da qualidade em nossa região que é o Hospital Escola Álvaro Alvim.

Em postagem da página da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública realizado em 21 de Setembro de 2015 lemos a outorga dada pelo MEC à instituição conferindo a mesma a nota institucional máxima. “ Somente 2% de todas as instituições de ensino no Brasil possuem **conceito 5** na avaliação do MEC. Estamos orgulhosos por fazer parte desse grupo. Parabéns a todos os alunos, funcionários, professores. Essa conquista é de vocês.”

Temas como o Programas Mais Médicos e as Cotas universitárias para alunos oriundos de escolas públicas e negros são explosivos num país de herança escravocrata e de um incipiente e fragilizado arcabouço republicano e democrático.

## **7.1 A Educação Medica em Perspectiva Penal Judicial**

Num clipping postado no início do mês de Setembro sobre o tema do abolicionismo penal, a DENEM examina as relações entre o direito penal, sistema prisional, o encarceramento e as punições em geral no Brasil e a sua própria participação enquanto entidade estudantil nesse debate<sup>378</sup>. Segundo a entidade, evidências demonstram que todas essas esferas e instituições atuam de forma consoante a uma política racista, classista e eugenista que mascara a questão e o debate sobre a segurança pública. Sob a égide da construção de uma sociedade e de uma saúde equânimes é posto que,

Para falarmos sobre direito penal, é necessário que partamos do princípio de que o agente do sistema judiciário não é a lei em si, mas sim a sua aplicação ou não aplicação. Nesse sentido, é mandatório que analisemos o cenário de aplicação das normas, ou seja, o contexto social, que molda a ideologia de quem interpreta os fatos e de quem dita as penas. Sendo assim, as punições não podem ser entendidas meramente como o resultado da aplicabilidade do Código Penal, mas sim como consequência de um sistema social, cultural, político e econômico que determina quem merece o cárcere e a quem cabe o privilégio da impunidade. Diante disso, não podemos entender como coincidência que o Brasil tenha a quarta maior população

---

<sup>378</sup> Ver “Os Pareceres Médico Legais” em FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Graal, 2012. Ver também: FONSECA, Márcio Alves da. **Michel Foucault e o Direito**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2012. Ainda: SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva (coord). **Direito e Medicina: novas fronteiras da ciência jurídica**. São Paulo: Atlas: 2015.



carcerária do mundo e que a esmagadora maioria das pessoas privadas de liberdade sejam pessoas negras. Isso denuncia o contexto racista que orienta o direito penal no país. O encarceramento e as punições em geral no Brasil cumprem, então, um papel de reforçar a marginalização e atua de forma consonante com uma política institucional eugenista que se mascara de segurança pública. Isso, numa conjuntura em que se debate e se efetua a privatização das penitenciárias e em que existe uma “guerra às drogas” consolidada - que significa o genocídio da juventude preta e periférica -, entender o abolicionismo penal como uma questão necessária para a superação do racismo e para caminhar no sentido da construção de uma sociedade e de uma saúde equânimes.<sup>379</sup>

Por um outro viés, no Site da EMESCAN/ES somos informados que um livro foi editado, publicado e lançado a partir do próprio grupo educacional sobre o tema da judicialização. A chamada na página é de 23 de Agosto de 2016:

Lançaremos amanhã, durante a abertura do IV Congresso Médico e Jurídico, o livro "Direito da Saúde em Perspectivas: Judicialização, Gestão e Acesso". A obra apresenta um conjunto de textos escritos por renomados autores do Brasil. Parte da renda das vendas será revertida para a Santa Casa de Misericórdia.

## **7.2 Entre a educação médica, a indústria farmacêutica e a judicialização do ensino na saúde**

Lapidamos aqui algumas observações conceituais que vimos proferindo ao longo da investigação com ilustrações empíricas que foram coletadas ao longo desse percurso. Frases e testemunhos de estudantes e professores. Por exemplo, no que diz respeito a judicialização na saúde e no ensino. Duas observações de professores da Medicina enfocaram esse tema no I Curso de Atenção Multidisciplinar ao Idoso. A

---

<sup>379</sup> NOTÍCIAS O que se entende por abolicionismo penal?: <http://lfg.jusbrasil.com.br/.../o-que-se-entende-por-abolicao>; O abolicionismo e a ressocialização do condenado: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php...> ; Ativistas negras defendem abolicionismo penal: <http://antigo.brasildefato.com.br/node/30776> ; Se cadeia resolvesse, o Brasil seria exemplar: <http://www.cartacapital.com.br/.../se-cadeia-resolvesse-4312...> ; Suécia e Holanda fecham prisões. Brasil fecha escolas e abre presídios: [http://institutoavantebrasil.com.br/suecia-e-holanda-fecha...](http://institutoavantebrasil.com.br/suecia-e-holanda-fecha.../) ; Quanto mais presos, maior o lucro: <http://www.cartacapital.com.br/.../quanto-mais-presos-maior-o...> ; \_ENTREVISTAS Entrevista com Maxi Postay coordenador do curso virtual de Abolicionismo Penal Latino-americano: [http://emporioidireito.com.br/entrevista-com-maxi-postay-...](http://emporioidireito.com.br/entrevista-com-maxi-postay-.../) ; "O abolicionismo penal é viável, possível e urgente": <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php...> ; Lutar contra prisões em massa e pena de morte é lutar contra escravidão dos tempos modernos, diz Angela Davis: [http://www.geledes.org.br/lutar-contraprisoes-em-massa-e-.../\\_MUSICAS](http://www.geledes.org.br/lutar-contraprisoes-em-massa-e-.../_MUSICAS) : 13 músicas para discutir o sistema prisional: [http://nadapop.com.br/13-musicas-para-discutir-o-sistema-p.../\\_VIDEO](http://nadapop.com.br/13-musicas-para-discutir-o-sistema-p.../_VIDEO) Justiça Restaurativa e Abolicionismo Penal | Thiago Fabres : <https://www.youtube.com/watch?v=c8fM-qbIHIE> ; \_ARTIGOS A construção histórica do poder de punir e da política penal : <http://books.scielo.org/.../cb.../pdf/silva-9788579831096-04.pdf> Sociedade de controle e abolição da punição: <http://www.scielo.br/scielo.php...> Drogas, proibição e a abolição das penas: [http://www.neip.info/upd\\_blob/0000/280.pdf](http://www.neip.info/upd_blob/0000/280.pdf;);

primeira observação é do Professor Charlys Barbosa. " - Vocês sabiam que existem advogados em porta de hospital?". A segunda observação é da professora Ianna Braga. " - A geração de vocês será a geração dos processos".

Portanto, é muito comum lidarmos hoje com o tema e o imaginário da judicialização da saúde. Muitas obras tratam do assunto com competência e abrangência. Mas aqui abriremos uma outra vereda nesse campo. A frase da professora, repetimo-la, a geração de vocês será a *geração dos processos* e o alerta do outro professor sobre os *advogados em porta de hospital* revelam a preocupação desses docentes médicos. E a formação do ensino médico se abre assim ao tema da judicialização da saúde comportando o que alcunhamos no título desse tópico, a judicialização do ensino na saúde.

Consideramos que essa percepção possivelmente influirá e atravessará a formação dos jovens médicos. Nos próprios cursos a que assisti sempre há um convidado do universo das relações entre o campo jurídico e a saúde. Nos dois eventos do Cursos Multidisciplinares de atenção ao idoso, a discussão acerca do Estatuto do Idoso e seus direitos, por exemplo foi <sup>380</sup> e será observada.

Questões relativas a institucionalização do direito sanitário no país, o direito público subjetivo à saúde, a judicialização da saúde pública, a atuação dos movimentos sociais de saúde e dos conselhos de saúde, a relação entre a Indústria Farmacêutica, os laboratórios farmacêuticos, as operadoras de planos de saúde <sup>381</sup>, os medicamentos, os tratamentos e os Sistema púnico de Saúde. compõe todo um debate em que é pontuada a necessidade de uma profunda reforma administrativa que modernize a prestação dos serviços públicos <sup>382</sup>.

Se inscrevem, portanto, nessa polêmica as relações entre a Saúde e o Supremo Tribunal Federal <sup>383</sup>, as parcerias tecnológicas e indústria farmoquímica e farmacêutica nacional <sup>384</sup>, a proteção de dados de saúde numa sociedade da informação

---

<sup>380</sup> Como a observação da professora Dra. Josefina da Silva realizada no primeiro momento da manhã de sábado do dia 21 de Março de 2015 e abrindo o curso com o tema "Cuidadores de Idosos na Atualidade". Nessa oportunidade. Disse a professora: "O Estatuto do Idoso é muito analítico. Vai a detalhes. Difícil é colocar aquilo em prática"

<sup>381</sup> Ver VARELLA, Drauzio. CESCHIN, Maurício. **A Saúde dos Planos de Saúde: os desafios da assistência privada no Brasil**. São Paulo: Paralela, 2014.

<sup>382</sup> Ver SANTOS, Lenir (org). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editoras, 2014.

<sup>383</sup> Ver Lima, Fernando Rister de Souza. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. Curitiba: Juruá, 2015.

<sup>384</sup> Ver MEDEIROS, Juliana Corrêa Crepalde. **Parcerias tecnológicas e a inovação incremental na indústria farmoquímica e farmacêutica nacional**. Curitiba: Juruá, 2012.

<sup>385</sup>, o fornecimento de medicamentos através de decisão judicial <sup>386</sup>, a questão da alocação de recursos da saúde entre os setores público e privado <sup>387</sup>, a patente e a quebra de patentes de medicamentos <sup>388</sup>, o direito à morte com dignidade e autonomia <sup>389</sup> e o erro médico <sup>390</sup>.

### 7.3 A indústria farmacêutica e o ensino médico em perspectiva

Uma observação de Pedro Nava em seu Beira Mar chamou a atenção para o tema entre o impacto da indústria farmacêutica na medicina e o ensino médico. A partir do retrato biográfico de um professor, Aurélio Pires, Nava contextualiza toda uma movimentação em que os saberes e poderes que envolvem o mundo farmacêutico são entrelaçados a uma perspectiva social, cultural, econômica e política. Nela emerge a exigência e a criação da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte onde Pedro Nava estudaria e se formaria. Pires foi seu professor. Um série de observações sobre o processo de ensino aprendizagem são destacadas no contexto de uma crítica a farmácia industrial que até então não tinha dominado a Medicina para seguirmos as palavras de Nava.

A forma e o conteúdo que transita dos mínimos detalhes às grandes percepções ilustrando uma miríade de informações e múltiplos pontos de conexão nos lembra a forma tardiana de enxergar os fenômenos sociais.

Para os que conheceram Aurélio Pires na velhice, há de parecer estranho que se o chame de revolucionário. Não se coaduna, aparentemente, o qualificativo com o farmacêutico ajuizado e o intelectual afável que passou sua vida em Belo Horizonte, entre os livros de seu gabinete, o gral do seu laboratório e a papelada do Arquivo Público. Já se disse uma vez que debaixo da circunspeção de cada mineiro se esconde um insensato. A questão é suscitá-lo. E em Aurélio Pires este demônio aparecia sempre que ele via a

---

<sup>385</sup> SCHAEFER, Fernanda. **Proteção de dados de saúde na sociedade de informação**: a busca pelo equilíbrio entre privacidade e interesse social. Curitiba: Juruá, 2010.

<sup>386</sup> Ver ARAÚJO, Rodrigo Vasconcelos Coêlho. **Fornecimento de Medicamentos através de decisão judicial**. Curitiba: Juruá: 2015.

<sup>387</sup> Ver GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A saúde entre o público e o privado**: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos. Curitiba: Juruá, 2011.

<sup>388</sup> Ver BEZERRA, Matheus Ferreira. **Patente de Medicamentos**: quebra de patente como instrumento de realização de direitos. Curitiba: Juruá, 2012.

<sup>389</sup> MOLLER, Letícia Ludwig. **Direito à Morte com dignidade e autonomia**: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e da autonomia da vontade. Curitiba: Juruá, 2012.

<sup>390</sup> Ver SALAMACHA, Consuelo Taques Ferreira. **Erro Médico**: inversão do ônus da prova. Curitiba: Juruá, 2013.

injustiça, o erro, a rotina. Abolicionista, ele foi amplamente subversivo promovendo a fuga dos escravos e acoitando-os. Republicano, ele assina manifestos contrários à ordem constituída e passa a ação quando vai com o povo de Ouro Preto derrubar de Palácio o Visconde de Itabiruna. Anticlerical e jacobino, provoca com suas ideias sobre o ensino leigo uma grave crise na Instrução Pública do nosso estado; e é como agitador e demagogo que ele, nas ruas e na imprensa, subleva o povo e excita a opinião, exigindo a criação da Faculdade de medicina de Belo Horizonte que lembremos bem, foi realmente imposta aos governos<sup>391</sup>, antes que deles passasse a receber o auxílio devido.(...) Contava casos da febre amarela no Rio; de teatrinhos de amadores no interior; de Pedro II e da Imperatriz em Minas; do Duque de Caxias em Sete Lagoas; da Proclamação da República; do mano Adeodato, de tacape em punho, debandando circos de cavalinhos em Belo Horizonte ou abandonando tudo para ir bater-se em Canudos (...) Guardo do seu curso impressão do professor cheio de exatidão e escrúpulo, fazendo questão de nos dar toda a matéria prevista no programa, prelecionando pontualmente e fiscalizando minuciosamente os nossos trabalhos práticos. Não há um de nós, seus alunos, que não saiba até hoje, filtrar, tamisar e piulverizar, que não seja capaz de dar o ponto à edulcoração de um xarope, o quantum de goma aos julepos, a proporção do extrato aos electuários.(...) Não reprovava. Não precisava reprová-lo. Era impossível não aprender com ele e com seu zelo o mínimo necessário para um simplesmente. Não era justo porque era mais e melhor do que isto: era indulgente (...) Aliás, em tudo, procurou dar aos moços o que não tivera. Desde a paciência que não encontrara nos seus instrutores, até possibilidade de terem uma Faculdade onde se fazerem médicos – Faculdade que ajudou a tirar do nada, para nos dar, ele, que por pobreza, não pudera se formar em Medicina. Mestre egrégio, mestre de generosidade e benevolência, mestre magnânimo! (...) Assim esclarecia que *farmácia*, era a arte de preparar e compor os medicamentos; *farmacologia*, a história dos medicamentos – que não devia ser confundida com a história da farmácia – sua teoria e seu emprego; *fármaco*, o mesmo que droga ou medicamento; *farmacodinamia*, o que diz respeito à força ativa dos fármacos; *farmacoquímica*, a arte de preparar os medicamentos levando em conta os princípios da química e portanto, tendo em vista as propriedades dos símplices de modo a compensar, por suspensão, as misturas não solúveis, a evitar as empastáveis, coagulantes, incompatíveis, detonante e explosivas; *farmacopeia*, a parte da disciplina que ensina a maneira de compor as fórmulas da farmácia oficial que estão nos códices de vários países. Dizia o que era o Codex e lembrando-se do seu latim, entrava em longas divagações etimológicas. Depois o mestre passava, reprovadamente, sobre as fórmulas da farmácia industrial e fazia o elogio da *farmácia magistral*, isto é, aquela em que o médico improvisa a fórmula adequada e moldada a cada caso especial e que o farmacêutico executa segundo as regras da arte e obedecendo à injunção do médico no seu FSA – *fac secundum artem*. Quando Mestre Aurélio entrava na farmácia galênica então tínhamos para pêras (...) Pois bem: isto eram aulas e mais aulas para aprendermos seu significado. O primeiro, mais antigo e caduco que lhe dava o de emprego empírico das drogas e o segundo, atual, moderno, que era o das regras de preparar os medicamentos sob suas mais diversas formas: xaropes, tisanas, teriagas, pós, pomadas, pastas, cápsulas, pílulas, electuários, solutos, elixires, poções, papéis, óvulos, lápis, misturas, supositórios, tinturas, os lixiviados ou percolados ou extratos que podiam ser ordinários, fluidos, firmes, moles e secos; os licores, vinhos, águas, comprimidos, grânulos, tabletes, alcoolaturas ou alcoolatos, melitos, emulsões, infusões, vinagres, colutórios, gargarejos, fumigações, cigarros, inalações, pulverizações,

---

<sup>391</sup> Rever passagem da solicitação e negação da criação de uma Faculdade de Medicina em Minas Gerais durante o Império, antes da vinda da família real e da corte portuguesa.

dentifrícios, lavagens, cremes, ceratos, vernizes, gliceratos, colas, loções, óleos medicinais, fricções, linimentos, apozemas, emplastos, espécies, fomentações e mais, e mais, e mais..... Uf! E dizer-se que naquele tempo a indústria farmacêutica ainda não tinha dominado a Medicina e que era preciso saber tudo isto...E tínhamos de preparar esse arsenal praticamente, pois era na cadeira de Farmacologia que se aviavam as receitas aos Hospitais São Vicente e São Gerardo – já que a Santa Casa possuía farmácia própria. Era uma luta. Cada ordenação era lida e relida por nós, as posologias verificadas uma por uma, as incompatibilidades espiolhadas e o mais. Com isso adquiríamos noções das balanças de precisão, dos frascos de farmácia, dos conta-gotas, da dose das colheres de sopa, sobremesa, chá, café. Adestrávamos logo no manejo dos tamisadores, do gral, dos pulverizadores, das lululeiras, das capsuleiras (...) Depois de nos ensinar medicamento por medicamento (e eram centenas)- propriedades, ação terapêutica e usos segundo os sintomas e as doenças, o velho Aurélio nos levava aos detalhes da redação e de uma prescrição. Tenho saudades dessa parte do programa porque era a mais poética e favorecedora de evasões. Que lindos nomes os de certas drogas. Nomes de mulher: camomila, valeriana, santonina, tília (...) de ilhas longínquas: cróton, jaborandí, cade, magnésio; de estrelas inacessíveis: lobélia, narceína, airo, peletierina...Tinha ficado na redação da prescrição. Volto a ela (...) escrever com boa caligrafia, usar papel decente ou bloco de receituário discreto, impresso em letras negras – pois as impressões fantasistas, em cores, não são de boa regra (...) vem em seguida as fórmulas da prescrição antecedidas da maneira de seu emprego em letras grifadas: *Uso interno, Uso Externo*- porque os doentes mesmo inteligentes são capazes de comer uma pomada, engolir um supositório, ou de se friccionarem com uma poção. Não riam porque estou falando sério e o médico deve estar prevenido e ser sempre claro. Escrever sem abreviá-los os nomes das substâncias, seguir a ortografia do *Códex*. Grafar duas vezes as doses pequenas para evitar enganos. Exemplo – sulfato de estriquina – 0,0001 mg (um miligrama) e também repetir quando se quer carregar a mão num medicamento mais perigoso. Exemplo – Extrato tebaico – 0,15 cg (escrevi 15 centigramas ou eu digo 15 centigramas) – o número de gotas deve ser posto em algarismos romanos para que se evitem as confusões entre G que pode ser gota ou G que pode ser grama (...) E lá seguia Mestre Aurélio incansável para outros detalhes. Como escrever o rótulo para o vidro, a caixa, a bisnaga (...) Depois, então, as instruções, a subscrição, a data. O próprio Mestre Aurélio sabia que sua matéria era das mais áridas e como bom farmacêutico, dava suas aulas sempre com o corretivo. Esse corretivo eram as anedotas pertinentes, as pilhérias ligadas aos assuntos em discussão, os ensinamentos sobre a história dos medicamentos, as citações médicas dos textos de Hipócrates, Galeno, Celso, Avicena, Averróis correndo paralelas com as de Virgílio, Horácio, Tácito, Ovídio, Propércio. A propósito, por exemplo, do álcool etílico, nunca deixava de citar suas propriedades estimulantes, em pequenas doses, na pneumonia, na febre tifoide, na puerperal, na erisipela; das doses médias que Galeno permitia aos velhos como consolo de sua alma entristecida. Aproveitava para reprová-lo excesso nas bebidas. Mas é – dizia ele – que as dores ali não se afogam e sempre sobrenadam (...) E vinha com os casos do grande bebedor seu parente, apelidado em Ouro Preto *Vicente Voraz – e – Fedorento* (...) Lembro da aula sobre a estovaína. O cloridato de éter benzoico do demetilamino-propanol ou mais simplesmente cloridato de amileína apresenta-se sobre a forma de pequenas lâminas brilhantes, muito solúveis na água. Anestésico local de grande futuro em terapêutica. E dava as doses e o modo de emprego. Não deixava de contar que fora descoberta por Dufour e que tinham querido chamá-la, em sua honra, a *dufourine*. O modesto químico não consentira. Só disfarçando o nome. Então traduziram *four* para o inglês *stove* e apareceu o lindo nome *stovaine*. *Humilitas in honore, honor est ipsius honoris* – terminava nosso professor citando Balduino. A propósito da

necessidade de deixar tudo claro para o doente, recordo outro caso contado por Aurélio. Era aula prática sobre a preparação dos supositórios.(....) Era sempre necessário esclarecer que era medicação a ser enfiada pelo ânus e ainda certificar-se que sabiam o que era ânus e muitas vezes o médico tinha de descer aos termos chulos de fiofó, rabitesco, crucunhum, fundilho, tentado, cu – para se fazer entender. E o professor, seríssimo, concluía o caso de um moço em Diamantina que só percebera o seu já menino, quase homem, tomando banho e passando sabão nas vizinhanças da suã. De repente o dedo entrou e o mancebo aterrado pôs a boca no mundo pela mãe, dizendo que lhe dera um buraco embaixo. Esbarrara assobrado no seu cujo e passou, em lembrança dessa invenção, a ser chamado, no Tijuco, de “ O Descobridor”. Vejam os senhores! – terminava o mestre – para receitar um remédio às colheradas é preciso saber se o doente tem consciência de ter boca; um supositório, se temos certeza de que o paciente já teve o seu instante de *descobridor* e sabe onde introduzir o torpedo aconselhado. Terminava a aula. Aurélio Pires saía a pé e subia para sua casa propícia. (NAVA, 1979; 249-255)

#### 7.4 A judicialização do ensino na saúde

Tangenciando esse debate, partiremos noutra direção. Utilizaremos como mote para o tópico a caracterização de uma entidade mantenedora que serce como amparo jurídico, contábil, financeiro. Administrativo e institucional à uma faculdade de Medicina. Todas as informações constam no seu site. O modelo da fundação mantenedora sem fins lucrativos organizado sobre a égide de uma roupagem jurídica que a caracteriza como uma entidade jurídica de direito privado de domínio público, sem fins lucrativos<sup>392</sup>.

É o caso da fundação Benedito Pereira Nunes e a Faculdade de Medicina de Campos. Nos chamou a atenção, na pesquisa, o nível de detalhamento dos documentos e procedimentos utilizados e lavrados em cartório. Se trata aqui de ilustrar os processos formais, burocráticos e jurídicos que terminam por fazer emergir uma faculdade particular. Toda essa estrutura, porém, deve ser lida levando em consideração a atuação

---

<sup>392</sup> Não vamos nos apoiar aqui em análises de correntes como o Neo-Institucionalismo que muito influenciou o campo das análises de Instituições e Sistemas ligados à Saúde em sua interseção com outros campos tais como o Direito, a Economia e Ciência Política. Um clássico do tema, é sem dúvida, o trabalho de Ellen Immergut. “Health politics, interests and institutions in Western Europe” Nesse trabalho a autora investiga as diferentes direções tomadas na aprovação do seguro social de saúde na França, na Suíça e na Suécia. Nesse percurso são analisados, dentre outros aspectos, as relações entre os processos políticos, a análise das instituições políticas de cada país e o perfil organizacional, profissional, político e econômico da classe médica, um dos grupos de interesse inscritos na questão. Uma versão atualizada, resumida e traduzida para o português está no texto. IMMERGUT, Ellen. **As Regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, ano 11, 30: 139-163, 1996. Ver ainda no contexto brasileiro. GIOVANELLA, Lígia .(org) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.



histórica dos estudantes e demais membros da congresso universitária. Nesse sentido expomos aqui uma passagem de Michel Foucault em seu *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Nela, o autor critica uma certa tendência analítica oriunda dos círculos marxistas universitários da França e da Europa.

Numa rápida digressão para a nossa passagem, lembramos que Foucault vai entrelaçando a discussão que depois o levará, nas quatro conferências seguintes, a abordar a constituição histórica do poder judiciário, do Direito como forma ritual da guerra, do nascimento e do florescimento cultural do inquérito como forma de saber e suas irradiações em domínios com a Medicina, a Botânica, a Zoologia, a Geografia, a Astronomia e o conhecimento dos climas num movimento pendular que percorre e salta os séculos XII, XIV, XV, XVI e XVII. Ele situa, por exemplo a crise da universidade medieval<sup>393</sup> no fim da idade média nos termos da oposição entre o inquérito e a prova. Concluída a digressão, vamos a passagem.

Parece-me que essa forma de análise, tradicional no marxismo universitário da França e da Europa, apresenta um defeito muito grave: o de supor, no fundo, que o sujeito humano, o sujeito de conhecimento, as próprias formas do conhecimento são de certo modo dados prévia e definitivamente, e que as condições econômicas, sociais e políticas da existência não fazem mais do que depositar-se ou imprimir-se neste sujeito definitivamente dado. (FOUCAULT, 2003; 08)

Diante dessa observação, observemos, em primeiro lugar como foi elaborada a caracterização da fundação mantenedora da faculdade de medicina de Campos:

A Fundação Benedito Pereira Nunes é uma entidade jurídica de direito privado, de domínio público, sem fins lucrativos, com sede e foro na Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Instituída em 06 de dezembro de 1934 pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, originariamente como Fundação Policlínica Maternidade de Campos, e finalmente com a nomenclatura atual, em 07 de janeiro de 1962, pela escritura pública nº 400, Livro A-2, fls. 201, lavrada no Cartório do 1º Ofício de Campos em 20 de dezembro de 1962. É regida por Estatutos, aprovados pelo Curador das Fundações do Interior, do Ministério Público Estadual, em 03 de novembro de 1987, Processo E-15/4889/87, que estão transcritos nas Escrituras lavradas às fls. 84vº, do livro 353, sob o nº 88, de 06 de outubro de 1987, do Cartório do 1º Ofício da Comarca de Campos, Estado do Rio de Janeiro, sendo a segunda retificação e ratificação da primeira, registradas e arquivadas, fls. 256, Livro A-2, sob o nº 465, em data de 03 de dezembro de 1987, de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, também do Cartório do 1º Ofício da Comarca de Campos, Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

---

<sup>393</sup> Ver ainda Le GOFF, Jacques. **Os Intelectuais na Idade Média**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2014. Um balanço mediatizado sobre a comunidade científica e universitária brasileira pode ser vista IN. SCHWARTZMAN, Simon. **Um Espaço para a Ciência: a formação da comunidade científica no Brasil**. 4 ed. Campinas, SP. Editora da Unicamp, 2015.



Após todo esse detalhamento cartorial, as informações sobre o histórico e as finalidades da Fundação são esposadas partindo de um mote social e moral.

A Fundação Benedito Pereira Nunes, foi originariamente criada em 06 de dezembro de 1934, com a finalidade de manter a Policlínica e Maternidade de Campos. Em 20 de setembro de 1946, passou a manter também o Hospital Infantil, mantendo-se assim em sua atividade assistencial, sempre voltada para as necessidades sociais. Em 07 de dezembro de 1962, assume a nomenclatura atual e com isso incluídos entre suas finalidades as prerrogativas de “Criar, instalar e manter estabelecimentos de Ensino Médico e Paramédicos e Institutos Científicos”. Os edifícios ocupados até então pelas unidades de nossa região, passaram a servir de sede a Faculdade de Medicina de Campos. Em 1º de outubro de 1979, a Fundação Benedito Pereira Nunes incorporou a extinta Liga Campista e Norte-Fluminense de Combate ao Câncer, e com ela o inacabado Hospital Álvaro Alvim, com 7 pavimentos, com 6899 m<sup>2</sup> de área construída e ocupando uma área de 7602,75 m<sup>2</sup>, situado na Rua Barão da Lagoa Dourada, nº 409. Tudo isto registrado através da escritura pública de extinção com incorporação lavrada em 1º de outubro de 1979, em notas de Cartório do 4º Ofício da Comarca de Campos-RJ, matriculado sob o nº 2.525, em 17 de outubro de 1979, à folha 207 do livro 2-H, de Registros Gerais, do Cartório do 7º Ofício de Notas da Comarca de Campos, RJ. A Fundação Benedito Pereira Nunes tem por finalidade: a) Prestar Serviços Médicos, especialmente às pessoas carentes; b) Criar, instalar e manter Estabelecimentos de Ensino Médico e Paramédicos e Institutos Científicos; c) Criar e manter serviços educacionais e assistenciais correlatos aos seus fins; d) Manter intercâmbio com outras entidades dedicadas aos serviços Médicos, Hospitalares, de Ensino Médico e Paramédico; e) Colaborar, manter intercâmbio ou estabelecer contratos ou convênios com hospitais locais ou regionais, particulares ou públicos, para atender às suas finalidades, aos seus planos de trabalho e aos objetivos dos cursos médicos e paramédicos. A Fundação Benedito Pereira Nunes tem personalidade própria e sua duração é por tempo indeterminado. É uma entidade de fins Filantrópicos, registrada no Conselho Nacional de Serviços Sociais sob o nº 2209-01/12/67, Lei Estadual nº 7482 de 23 de junho de 1974 e Decreto Federal Presidencial de 1992. O Patrimônio da Fundação Benedito Pereira Nunes compreende além dos prédios onde funciona a Faculdade de Medicina de Campos, situada à Rua Alberto Torres, 217, em Campos dos Goytacazes – RJ e do Hospital Álvaro Alvim, do prédio nº 140 da Rua São João e seu respectivo terreno de 672,75m<sup>2</sup>. Ainda acrescido de todos os móveis, utensílios, biblioteca, material dos laboratórios de ensino, de análises clínicas e anatomia patológica e citopatologia e equipamentos cirúrgicos existentes e tudo o mais constante de inventário atualizado. Tem ainda a renda de seus imóveis, suas instalações ou serviços, pelas contribuições ou subvenções a seu favor, por doações de poder público, de pessoa natural ou jurídica de direito privado, por fideicomissos ou rendas constituídas por terceiros em seu favor e pelos documentos históricos. O maior patrimônio da Fundação Benedito Pereira Nunes é constituído pela sua história de honestidade, seriedade e firmeza na perseguição de seus ideais e finalidades, que se confundem com os da comunidade do Norte-Fluminense. “

A contextualização da Fundação e a exposição do Histórico das finalidades da mesma recheia e preenche com informações jurídicas, mobiliárias, imobiliárias, sociais, educacionais e administrativas detalhadas abre o caminho para o embasamento institucional que enseja a emergência da Faculdade de Medicina de Campos e a formação humanística de seus alunos e futuros médicos que devem ser formados de acordo com as necessidades sociais e comunitárias do contexto em que a instituição busca se inserir e intervir.

Cabe lembrar que aquele momento correspondia a um período político turbulento da vida política brasileira ocorrida entre os anos de 1967 e 1968 da ditadura militar e o Ato Institucional N. 5 AI-5). A instituição alega paradoxal e curiosamente uma posição de Vanguarda atrelada a uma projeto nacional de avaliação do ensino médico (CINAEM). Curioso e paradoxal visto que o conceito e jargão político de Vanguarda foi muito utilizado e polemizado pelos círculos de esquerda na época<sup>394</sup> (Ver Vanguarda e Subdesenvolvimento de Ferreira Gullar). A segunda parte da citação atualiza o momento institucional e menciona o vínculo com o Sistema único de Saúde.

Mediante resolução tomada pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, na sessão de 09 de novembro de 1964 em fundar em Campos uma Faculdade de Medicina, a Fundação Benedito Pereira Nunes, uma entidade mantenedora, iniciou em outubro de 1966 as obras necessárias à sua implantação; isto para atender à forte demanda comunitária para que tivéssemos uma escola médica que formasse médicos de acordo com suas necessidades sociais e que também contemplasse um contingente grande de jovens universitários que tinham que se deslocar para os grandes centros a procura de ensino superior médico. Apesar de planejada para funcionar a partir de 1968, teve que acelerar suas obras para, atendendo às contingências daquele momento universitário brasileiro, ser inaugurada em 14 de outubro de 1967, pondo a prova a capacidade de trabalho, rapidez e organização de seus fundadores. Esta capacidade nós sentimos orgulho de saber honrar atualmente com os projetos que desenvolvemos. A Faculdade de Medicina de Campos formou até agora 24 turmas, 1911 médicos, possui em seu corpo docente 128 professores, dos quais 72 ex-alunos. Seu conselho diretor é formado em sua totalidade por ex-alunos possuímos uma tradição de obtermos nos concursos a que se habilitam nossos egressos as melhores classificações. A formação de seus médicos é de caráter geral sendo capacitados a desempenhar os procedimentos básicos em medicina e a adquirir formação especializada na pós-graduação a partir da base sólida. A nossa escola médica apresenta uma intensa preocupação com a Avaliação Institucional como parte do processo constante de repensar a escola e promover transformações que melhorem sua qualidade sem fugir de seu referencial. Prova disto é nossa posição de Vanguarda dentro do grupo de 48 escolas que a nível nacional participam do Projeto Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Este projeto apresenta como característica

---

<sup>394</sup> Ver Vanguarda e Subdesenvolvimento de Ferreira Gullar.

principal apresentar a avaliação com perspectivas transformadoras na singularidade de cada escola. Deverá provocar uma verdadeira reformulação do ensino médico do Brasil. Temos ainda preocupação com a formação humanística de nossos alunos e promovemos para isto atividades paralelas ao currículo estrito, pelo nosso Centro de Estudo que contemple além de contudo científicos, mas também problematizando temas como a “Morte e o Morrer”, “A Sexualidade Humana”, etc. Encontramos especial motivação pela integração pela integração docente-assistencial, mantendo participação de nossos alunos e professores em unidades assistenciais ligadas ao Sistema Único de Saúde, aproximando com isto nossos formandos da realidade das ações de saúde de nosso município. Pretendemos promover um ensino não só integrado como hierárquizado (grafia errada no site) nas ações primárias, secundárias, terciárias e quaternárias promotoras ou recuperadoras de saúde. Este objetivo ficará claramente apresentado quando detalhar-se o que se pretende fazer nos Centros de Saúde Escola de Custodópolis e Ururáí, na integração com o Hospital dos Plantadores de Cana e na concretização plena daquele que será, sem sombra de dúvidas um marco na transformação da qualidade em nossa região que é o Hospital Escola Álvaro Alvim.

E do próprio Hospital Álvaro Alvim. O Relato é concluído com a convicção da confiança popular naquela instituição demonstrando uma gramática do poder de cunho populista. A participação da dos representantes dos alunos da graduação no conselho técnico-consultivo é diluída na hierarquização da estrutura institucional.

O Hospital Álvaro Alvim teve a sua condição plena de hospital escola alcançada em 12 de junho de 1995, quando foi delegada pela Fundação Benedito Pereira Nunes à Faculdade de Medicina de Campos a tarefa de elaborar o projeto de regimento para o hospital. Esta iniciativa propiciou a que se estabelecessem as normas de funcionamento e organização tendo como princípios os modelos pedagógicos e assistenciais preconizados e definidos pela nossa escola médica, incluindo-se também a atenção prioritária do câncer, tornando com isto indissociáveis o Ensino, a Assistência, a Pesquisa e a Extensão. O Hospital conta com um conselho diretor composto por Diretor Superintendente, indicado de comum acordo pelo Presidente da Fundação Benedito Pereira Nunes e pelo Diretor da Faculdade de Medicina de Campos e com o Diretor Clínico eleito pelo Conselho Técnico-Consultivo do Hospital. Este Conselho Técnico-Consultivo é formado pelo conselho diretor, pelos chefes dos serviços (titulares de disciplinas da Faculdade de Medicina de Campos que tenham sua atividade no hospital), por representantes dos alunos de Graduação, pelo Presidente do Centro de Estudos do Hospital e por representantes dos Serviços Auxiliares Médicos. O Conselho tem competência Normativa e Deliberativa, sendo suas decisões homologadas, quando necessário, pelos colegiados da Faculdade de Medicina de Campos e/ou pela Diretoria da Fundação Benedito Pereira Nunes. Este perfil histórico de organização apesar de recente já reflete numa melhoria evidente do fluxo e resolutividade das medidas de cunho administrativo e assistencial. Concluímos este breve histórico convictos de que a história vivida e feita a cada dia honra as nossas tradições e nos deixa convencidos que iniciamos uma fase decisiva para a concretização do sonho da Comunidade Campista, da qual somos depositários da maior confiança.

Uma abordagem sistemática e analítica sobre o ensino médico pós-1930 passa, obrigatoriamente, pelas constituições de 1937, 1946 e 1967 e pela emenda constitucional de 1968. No mínimo, deve-se atentar para comissões com do Ensino Médico de 1971 regida durante os governos militares. Dado o exíguo espaço que dispomos, daremos um salto para atualizarmos esse debate.

## **7.5 IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde**

Nesse tópico articularemos a discussão de um congresso brasileiro de direito e saúde com a discussão promovida entre estudantes de medicina do Brasil nas redes virtuais a partir de um grupo do Whatzap constituído em rede durante um encontro nacional. O tema em comum dentro de uma tomada de pontos de vista diversa: as relações entre o universo público e o privado no sistema de saúde nacional

Com o tema *Humanização e acesso de qualidade*, ocorreu entre dias 24 a 26 de Novembro de 2015, em Fortaleza, IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde.

Durante o evento foram discutidas questões tais como: o Sistema de Saúde, a humanização e o acesso de qualidade; o pacto federativo e a regionalização; a discricionariiedade médica e as decisões judiciais; a regulação médico-hospitalar nos sistemas público e privado; medidas eficazes no combate à corrupção na gestão dos serviços de saúde; os impactos da judicialização na saúde pública e privada, os efeitos da política partidária no controle social; a responsabilidade civil e ética dos profissionais de saúde; ao experiência cearense dos consórcios públicos de saúde e os desafios da gestão frente ao financiamento na saúde pública.

O convite ao evento é feito através da mensagem do presidente do Congresso e da Comissão de Saúde da OAB/CE, Dr. Ricardo Cesar Vieira Madeiro e da Dra. Isabel Maria Salustiano Arruda Pôrto, presidente de Honra do IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde e Promotora de Justiça do Estado do Ceará.

Nessa mensagem é ressaltado que as diversas autoridades de áreas específicas do Direito e da Saúde discutirão o sistema público de saúde, a efetividade da saúde como direito constitucional, as relações de consumo entre as operadoras de planos de saúde, usuários e profissionais de saúde e os reflexos da atuação profissional e dos gestores nas esferas cível, criminal e ética.

Há 27 anos, surgia uma nova ordem constitucional, recebendo a Saúde um papel de destaque enquanto direito fundamental, tendo o legislador disciplinado, em linhas gerais, como se daria a atuação do Poder Público e da iniciativa privada para a consecução desse direito, essencial a qualquer nação ou sociedade. Sempre atuando incansavelmente por melhorias e avanços em prol do sistema de saúde brasileiro, a Comissão de Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Ceará e a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública/Ministério Público do Estado do Ceará têm trabalhado de forma articulada para a efetivação desse direito. Em razão dessa atuação, pelas experiências vivenciadas, e tendo como foco a continuidade do diálogo participativo e a troca de experiências entre profissionais da área da saúde, gestores públicos e atores da seara jurídica, debatendo diversos temas inerentes à interface do mundo jurídico e das ciências da saúde, será promovida a quarta edição do já consagrado Congresso Brasileiro de Direito e Saúde. Durante o IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde serão realizadas conferências, palestras e mesas redondas relacionadas ao **tema central “Humanização e Acesso de Qualidade”**. O evento contará com a participação de diversas autoridades das áreas específicas da Saúde e do Direito, ocasião em que serão abordados três módulos: **o sistema público de saúde**, que incluirá a efetividade da saúde como direito constitucional fundamental, envolvendo a **concretização dos direitos e garantias constitucionais; a contextualização das relações de consumo entre operadoras de planos de saúde, usuários e profissionais de saúde; e os reflexos da atuação profissional e dos gestores nas esferas cível, criminal e ética**. O presente Congresso tem por finalidade viabilizar o aprofundamento de conhecimentos e o debate de assuntos relacionados ao acesso da população aos serviços de saúde pública e privada; a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS na regulação das relações de consumo entre operadoras de planos de saúde e usuários; gestão de recursos humanos; ingresso no serviço público e limitação de despesas com pessoal pela Lei de Responsabilidade Fiscal; financiamento da saúde; os reflexos da implementação do Pacto Nacional pela Saúde; responsabilidade ética, civil e criminal do profissional de saúde e do gestor público, dentro do atual contexto da prestação da saúde pública e privada, e sua consequente judicialização da saúde. A equipe do IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde está à disposição para atendê-los da melhor forma possível, por meio da Comissão Organizadora, ao tempo em que deseja a todos um excelente Congresso. Em nome do Estado do Ceará, recebam nossas boas-vindas e aproveitem da nossa gastronomia, arte, cultura e tudo o mais que nossa terra possa oferecer.

Parte dessa discussão encontrará ressonâncias numa nova conjuntura política atualizada nos dias de hoje, alguns meses depois poderá ser reativada e verificada noutros termos de uma trajetória descontínua e nitroglicerínica, por exemplo, num grupo de Whatzap de estudantes de medicina do país inteiro chamado ECEM do Amor. O último encontro Científico de Estudante de Medicina, o maior evento da comunidade científica dos estudantes de medicina do país, ocorreu em Fortaleza entre os dias 22 e 31 de Julho de 2016 na UNIFOR.

Uma das chamadas no grupo do WhatZap versa sobre as relações entre o sistema público e único de saúde e suas relações com o universo privado através da proposta dos planos populares de saúde ventilados pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros.

Em 24 de Agosto de 2016 é postada na página do grupo através do questionamento e da análise crítica da proposta apresentada pelo Ministro Interino da Saúde. O mote é a questão dos planos de saúde populares veicula um primeiro vídeo de uma sequência a ser irradiada na página do grupo.

Planos de Saúde Populares ? Quem tem ouvido falar dos cortes de gastos com saúde? Quem tem escutado que o SUS está falido e nada mais pode nos salvar, além de terminarmos de o sucatear? E quem tem lido que nossa salvação está nos Planos de Saúde Populares Privados, o suposto novo sustento do bem estar brasileiro? Aquele plano discutido entre o Ministério e Empresários, no qual a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar disse “ ter sido convidada por último”? Viemos nesse vídeo conversar um pouco sobre SUS, planos de saúde e se há lógica nessas mudanças. E aguardem, esse é só o primeiro de uma série de vídeos que veio discutir o panorama e futuro da saúde no Brasil ( e o que você tem a ver com isso!)

## **7.6 A educação Médica e o financiamento estudantil**

O tema do financiamento público estudantil voltado a alocação de vagas em instituições privadas pode ser associado ao boom de abertura de escolas médicas país afora e que tem tirado o sono institucional de algumas entidades e associações de classe médica.

Uma matéria recente nos permite enxergar os desdobramentos da questão. Ela trata do financiamento voltados à Residência Médica, aos impactos e as formas de recepção crítica e passiva de um contingenciamento de verbas promovido pelo governo federal <sup>395</sup>.

O Ministério da Educação (MEC) decidiu que, no ano que vem, não criará novas bolsas de estudos para médicos residentes. Em ofício enviado aos coordenadores das comissões de residência médica das universidades, a pasta usa o argumento de "corte orçamentário". Emitido em 19 de setembro, o documento é assinado pelo diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde do MEC, Dioclécio Campos Júnior. Ele afirma no texto que "será

---

<sup>395</sup> Ver “Governo decide não financiar bolsas de residência médica até 2017. Medida afeta quase um terço dos alunos de medicina.” <http://www.plantaobrasil.net/news.asp?nID=95265>. Ver ainda a Carta da Fiocruz sobre a PEC 241/16 publicada em 5 de Outubro. “Fiocruz divulga carta sobre PEC 241 e os impactos sobre direitos sociais, a saúde e a vida. Fiocruz se soma às instituições públicas e da sociedade civil e apresenta-se para o debate sobre alternativas de estratégias de enfrentamento da crise e dos desafios da saúde”. <https://www.abrasco.org.br/site/2016/10/fiocruz-divulga-carta-sobre-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-a-saude-e-a-vida/>

mantido apenas o quantitativo de bolsas financiadas em 2016, incluindo os R1 (residentes do primeiro ano)". A deliberação atende a uma demanda da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). No ano passado, os residentes deflagraram greve, reivindicando, entre outros itens, a interrupção de abertura de novas vagas - pela lei, toda vaga exige pagamento de bolsa. A associação criticava a ampliação de vagas pelo governo Dilma Rousseff, uma vez que programas já existentes não estariam recebendo investimentos suficientes. "Criem-se novas vagas só para engordar a estatística, sob um viés eleitoreiro", afirmou à época o presidente da ANMR, Arthur Danila, em entrevista ao Estado. Nas redes sociais, a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) recebeu críticas por não se "indignar" com a recente decisão do MEC. Quem fez comentários nesse sentido na página da organização obteve respostas irônicas, como "mais amor para você" e "obrigada pela participação". A organização não foi localizada para comentar o caso, mas lançou nota de esclarecimento. Segundo o texto, ainda que o MEC tenha abolido novas bolsas, ainda há outras fontes pagadoras, como o Ministério da Saúde, as secretarias municipais e estaduais de Saúde e entidades filantrópicas, como as Santas Casas. No texto, diz que "as bolsas existentes estão garantidas" e que "a progressão das bolsas de R1 para R2 (residentes do segundo ano) também não sofrerão alteração". Segundo fontes do MEC, os "calouros" dos programas de residência médica - equivalentes a uma pós-graduação - não devem se preocupar com o financiamento do curso, uma vez que alunos do último ano, quando terminam a residência, automaticamente "liberam" bolsas de estudo para os próximos ingressantes.

A manutenção das bolsas que já vigoram custa R\$ 600 milhões aos cofres do MEC, que responsabiliza a gestão antecessora pelos cortes no orçamento. Apesar de confirmar a veracidade do ofício, o ministério afirma se comprometer com a criação de mais 356 vagas de residência médica para o ano que vem, totalizando 12,9 mil. "O MEC reafirma o compromisso com a formação de médicos para o Brasil", defendeu-se a pasta, em nota enviada pela assessoria de imprensa.

### 7.6.1 FIES/PROUNI<sup>396</sup>

#### O Fundo de Financiamento Estudantil ( FIES) é

O Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) é um programa do Ministério da Educação destinado a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em cursos superiores não gratuitas na forma da Lei 10.260/2001. Podem recorrer ao financiamento os estudantes matriculados em cursos superiores que tenham avaliação positiva nos processos conduzidos pelo Ministério da Educação. Em 2010, o FIES passou a funcionar em um novo formato: a taxa de juros do financiamento passou a ser de 3,4% a.a., o período de carência passou para 18 meses e o período de amortização para 3 (três) vezes o período de duração regular do curso + 12 meses. O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) passou a ser o Agente Operador do Programa para contratos formalizados a partir de 2010. Além disso, o percentual de financiamento subiu para até 100% e as inscrições passaram a ser feitas em fluxo contínuo, permitindo ao estudante o

---

<sup>396</sup> O Prouni é um programa do Ministério da Educação que concede bolsas de estudo integrais e parciais de 50% em instituições privadas de educação superior, em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, a estudantes brasileiros sem diploma de nível superior.



solicitar do financiamento em qualquer período do ano. A partir do segundo semestre de 2015, os financiamentos concedidos com recursos do Fies passaram a ter taxa de juros de 6,5% ao ano com vistas a contribuir para a sustentabilidade do programa, possibilitando sua continuidade enquanto política pública perene de inclusão social e de democratização do ensino superior. O intuito é de também realizar um realinhamento da taxa de juros às condições existentes no cenário econômico e à necessidade de ajuste fiscal<sup>397</sup>.

Na página do Facebook de um curso de Medicina privado da NIFACS/Universidade Salvador lemos a chamada para o aditamento da matrícula do semestre 2015.1 ser assim realizado:

“Você é aluno FIES? Então não se esqueça de fazer o seu aditamento para o 1º semestre de 2015, que estará disponível a partir da abertura do sistema previsto para 18/01/2015. Nessa etapa a regularização do seu financiamento é importante para garantir a efetivação da sua matrícula. **Não marque bobeira e garanta a sua matrícula o quanto antes.** Para mais informações acesse o site [sisfiesportal.mec.gov.br](http://sisfiesportal.mec.gov.br) ou fale com a gente através do e-mail: [financeiro@unifacs.br](mailto:financeiro@unifacs.br)”

A capa da página mudou recentemente e nele figura uma rashtag intitulada “ Viva a Men\$alidade” e uma postagem realizada no dia 12 de Janeiro de 2015 afirma uma matemática e uma equação financeira e pedagógica em que “semestre garantido= férias bem curtidas”.

Já O Prouni<sup>398</sup> é um programa do Ministério da Educação, criado pela Lei n 11.096 de 13 de Janeiro de 2005 que concede bolsas de estudo integrais e parciais de 50% em instituições privadas de educação superior, em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, a estudantes brasileiros sem diploma de nível superior. Podem participar do Prouni os estudantes brasileiros que não possuam diploma de curso superior e que atendam a pelo menos uma das condições abaixo: ter cursado o ensino médio completo em escola da rede pública; ter cursado o ensino médio completo em escola da rede privada, na condição de bolsista integral da própria escola;

---

<sup>397</sup> Ver <http://sisfiesportal.mec.gov.br/?pagina=fies>

<sup>398</sup> Ver. [http://siteprouni.mec.gov.br/tire\\_suas\\_duvidas.php#conhecendoO](http://siteprouni.mec.gov.br/tire_suas_duvidas.php#conhecendoO) programa se diferencia do Sisu . O Sisu é o sistema informatizado, gerenciado pelo Ministério da Educação, no qual instituições públicas de ensino superior oferecem vagas para candidatos participantes do Enem. Relação entre o Prouni e o Fies. Se, por exemplo, o candidato contemplado com uma bolsa de 50% não puder pagar a outra metade da mensalidade?

O bolsista parcial de 50% pode usar o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) para custear os outros 50% da mensalidade, sem a necessidade de apresentação de fiador na contratação do financiamento.

Para isso, é necessário que a instituição e o curso para o qual o candidato foi contemplado com bolsa parcial do Prouni tenham oferta de vagas para financiamento e que o estudante seja aprovado no processo seletivo do Fies.

ter cursado o ensino médio parcialmente em escola da rede pública e parcialmente em escola da rede privada, na condição de bolsista integral da própria escola privada; ser pessoa com deficiência; ser professor da rede pública de ensino, no efetivo exercício do magistério da educação básica e integrando o quadro de pessoal permanente da instituição pública e concorrer a bolsas exclusivamente nos cursos de licenciatura. Nesses casos não há requisitos de renda.

Para concorrer às bolsas integrais o candidato deve ter renda familiar bruta mensal de até um salário mínimo e meio por pessoa. Para as bolsas parciais de 50%, a renda familiar bruta mensal deve ser de até três salários mínimos por pessoa.

O processo seletivo do Prouni é composto por duas fases: processo regular e processo de ocupação das bolsas remanescentes. No processo regular pode se inscrever o candidato que tenha participado da edição do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) do ano imediatamente anterior e que tenha obtido, no mínimo, 450 pontos na média das notas das provas do Exame e nota acima de zero na redação.

No processo para ocupação das bolsas remanescentes pode se inscrever o candidato que: seja professor da rede pública de ensino, no efetivo exercício do magistério da educação básica e integrando o quadro de pessoal permanente da instituição pública, para os cursos com grau de licenciatura destinados à formação do magistério da educação básica; ou tenha participado do Enem, a partir da edição de 2010, e que tenha obtido, em uma mesma edição do referido exame, média das notas nas provas igual ou superior a 450 pontos e nota superior a zero na redação.

Em ambos os processos as inscrições são gratuitas e efetuadas exclusivamente pela internet, por meio da página do PROUNI . São realizados dois processos seletivos do Prouni por ano, um no primeiro semestre e outro no segundo semestre.

## **7.7 Políticas Afirmativas e Cotas**

O mote da investigação era sondar as relações entre o currículo e a interdisciplinaridade. A política de cotas no curso de medicina foi sugerida como uma oportunidade empírica, fenomênica, social, cultural e política para sondarmos essas relações. Reforçamos assim, a questão do currículo, a sua problemática disciplinar e o

debate inscrito nalgumas teorias do currículo ao universo das relações entre o currículo, a cultura e a sociedade.<sup>399</sup>

Expomos, a partir de agora, os resultados da pesquisa empírica junto aos alunos da Medicina.<sup>400</sup> A **primeira pergunta** fechada iniciou a sondagem<sup>401</sup>. Ela ponderou se *o sistema de cotas promove inserção social na Universidade*. A **segunda**, pinçando e reformulando o tema anterior, questionou se *o sistema de cotas democratiza o acesso a Universidade*. A **terceira questão** tenta avaliar o pode análise retrospectivo e comparativo dos estudantes perguntou se *a política de cotas vai influenciar na escolha do curso*. A **quarta questão** inverte o sentido da análise, e tenta perceber o impacto das cotas na projeção curricular futura: *a política de cotas afeta a matriz curricular dos cursos?*. A **quinta e a sexta questão** avaliam o conhecimento e a percepção dos estudantes acerca do debate entre a inter e a transdisciplinaridade, seu impacto no currículo e sua relação com a política das cotas. Nesse sentido, a quinta questão indaga se *A política de cotas vai influenciar na complexidade de implantar novo currículo nos cursos* e a sexta: *A política de cotas requer implementação no currículo*.

A **sétima questão** tangencia o assunto, e tenta avaliar o nível e o ritmo institucional do andamento da política de cotas naquele processo em particular. Para isso, pondera se *A política de cotas tem pensado somente no ingresso do aluno, mas não tem se preparado com a adequação do currículo a essa nova política de ação afirmativa*. A **última questão fechada** investiga o sentimento, a análise e a posição política e conceitual dos estudantes de medicina numa perspectiva histórica. *O ingresso na Universidade por meio da política de cotas, significa uma reparação histórica e o currículo participa dessa ação através dos conteúdos* é o mote da interrogação.

---

<sup>399</sup> Ver MOREIRA, Antônio Flávio. TADEU, Tomas (org). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2011. Ainda sobre o tema e no mesmo campo de problematização com o qual estamos acessando esse tema, ver SILVA, Tomas Tadeu da. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3. ed. 3.reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2011

<sup>400</sup> Esse levantamento foi realizado durante a disciplina Currículo e Interdisciplinaridade da Profa. Sílvia Elizabeth Moraes no Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. Sendo um trabalho de cunho coletivo gostaria de agradecer às colegas Aladia Quintella, Hebe Medeiros, Jaíza Helena, Helena Marinho e Naióla Miranda que gentilmente concordaram na exposição dessa coleta de dados na presente investigação. Sendo a coleta de dados coletiva, aproveito o ensejo para dizer que a interpretação dos dados a ser desenvolvida é de minha responsabilidade.

<sup>401</sup> Lembramos que o mote da investigação era sondar as relações entre o currículo e a intedisplinaridade. A política de cotas no curso de medicina foi sugerida como uma oportunidade empírica, fenomênica, social, cultural e política para sondarmos essa relações.

Questões	Concordo	Concordo em parte	Discordo
1º O sistema de cotas promove inserção social na Universidade.	1	4	6
2º O sistema de cotas democratiza o acesso a Universidade.	-	4	7
3º A política de cotas vai influenciar na escolha do curso.	6	3	2
4º A política de cotas afeta a matriz curricular dos cursos.	5	4	1
5º A política de cotas vai influenciar na complexidade de implantar novo currículo nos cursos.	7	3	1
6º A política de cotas requer implementação no currículo	5 interdisc 4interdisc/transdisc 1 não entendi 1 não se aplica		
7º A política de cotas tem pensado somente no ingresso do aluno, mas não tem se preparado com a adequação do currículo a essa nova política de ação afirmativa	11	-	-
8º O ingresso na Universidade por meio da política de cotas, significa uma reparação histórica e o currículo participa dessa ação através dos conteúdos	1	1	9

Nas questões abertas os temas foram a política de cotas, as discussões no curso de medicina da UFC sobre o tema, o impacto da política de cotas no currículo do curso de medicina e a relação entre a política de cota e o acesso à democratização do acesso à Universidade<sup>402</sup>.

Sendo assim e tendo essas questões em mente. A **nona pergunta** foi: *O que você sabe sobre política de cotas?* Entre definições mais conceituais e posicionamentos ideológicos, uma multiplicidade de impressões.

“Abertura de vagas nas universidades federais para atender as populações pouco favorecidas (pobres) e consideradas historicamente perseguidas (negros)” 6º semestre; (...) “Haverá uma implantação gradual na UFC, inicialmente será 12,5% das vagas. Serão usados critérios de renda familiar, grupo se estudou em escola pública. É um tema polêmico. Ambos as partes com opiniões divergentes, muitas vezes, desconhecem as opiniões uns dos outros.” 6º semestre; (...) “A política de cotas determina que 50% das vagas da Universidade Federal será reservado para negros e estudantes do Estado.” 7º semestre.; (...) “São políticas do governo que visam à inserção do aluno de baixa renda, escola pública na universidade pública.” 1º semestre.; “O governo quer se livrar de um problema antigo, colocando alunos sem preparação para a universidade.” 10º semestre; (...) “Foi aprovada para ser implementada nas universidades públicas do Brasil recentemente.” 3º semestre; (...) “É uma maneira inadequada e injusta para promover acesso democratizado a universidade, prejudicando o mérito de alunos bons, preparados frente a alunos menos preparados.” 6º semestre.; (...) “Que ela é uma atitude implementária deturpada, com ideologia para hipnotizar as massas miseráveis, e que só vai aprofundar as diferenças entre “ricos” e “pobres” no nosso país de merda.” 6º semestre; (...) “Política de combate à exclusão social através de inclusão de grupos não socialmente incluídos na universidade pública.” 3º semestre.; (...) “Que 50% das vagas das universidades públicas são destinadas a alunos que estudaram uma quantidade de tempo nas escolas públicas.” 7º semestre; (...) “Reserva vagas para estudantes de baixa renda e de minorias étnicas.” 2º semestre

A **décima pergunta** foi então: *Como estão acontecendo as discussões no curso de Medicina sobre a política de cotas?* Curiosamente, alunos do primeiro semestre ressaltam a atuação do Centro Acadêmico enquanto os do décimo semestre alegam não haver discussão séria sobre o assunto. A atuação das redes sociais de comunicação virtual e os professores também é ponderada.

---

<sup>402</sup> Num eufemismo curioso, o impacto das cotas foi chamado de “diversificação no perfil do aluno”. A matéria, postada em 19 de Setembro de 2016, foi assim intitulada. “**Petróleo e ensino levam UFRJ ao primeiro lugar**” no Ranking Universitário Folha 2016. Ver <http://ruf.folha.uol.com.br/noticias/2016/09/1813970-petroleo-e-ensino-levam-ufrj-ao-primeiro-lugar.shtml>. É preciso. Claro, interrogar os critérios e procedimentos utilizados. E já podemos ter uma pequena amostra disso nos comentários dos leitores frente aos resultados.

“Não estão.” 6º semestre.; (...) “Ocorrem por meios virtuais como Facebook mas são muito escassas. Não houve “discussão ampla. Os grupos divergentes não chegaram debater fortemente entre si”. 6º semestre; (...) “Não tenho conhecimento” 7º semestre; (...) “ Principalmente, o tema é discutido no Centro Acadêmico buscando a participação do restante dos alunos nos grupos nas redes sociais também se fala o tema, no entanto, nenhuma ação mais enérgica foi feita quanto a isso. ” 1º semestre; (...) “Não existe discussão séria sobre o assunto. ” 10º semestre; (...) “Inexistentes. Há pouco ou nenhum estímulo às discussões sobre este assunto. ” 3º semestre; (...) “Entre os alunos, percebeu-se uma repulsa à ideia da política de cotas. Além disso, os professores não discutem isso com alunos. ” 6º semestre; “Totalmente dissociadas de interação entre as opiniões entre alunos, professores e servidores. ” 6º semestre (...) “Não há, pelo menos do meu conhecimento do meu conhecimento no geral, acredito que há discordância grande à política pelos alunos. ” 3º semestre. (...) “Se estão havendo, não tenho conhecimento. ” 7º semestre; (...) Em sua maioria, informalmente. Das oficiais, a grande maioria dos estudantes não participa. ” 2º semestre.

Na **décima primeira pergunta**, foi abordada a questão do impacto das cotas no currículo <sup>403</sup>. *“Qual é o impacto (da política) de cotas no currículo de medicina?”* <sup>404</sup>

“Não haveria tal impacto se houvesse preparação, porém não posso imaginar o que ocorrerá.”. 6º semestre. “(...) Acho que possibilitará revisarmos o plano pedagógico do curso, e uma “política de autodidata” típica do “aluno de medicina” 6º semestre (...) “Acho que não será positivo pois os alunos que entrarão na universidade não terão nível de conhecimento suficiente para acompanhar. ” 7º semestre. (...) “O impacto é bastante negativo, uma vez que a meu ver não se tem estrutura para receber alunos que porventura possuam um nível de conhecimento inferior ao exigido pelo curso. Isso pode prejudicar todo o restante dos alunos. ” 1º semestre. (...) “Piorar a formação dos médicos formados. ” 10º semestre. (...) “Profissionais que terão menos bagagem de conhecimentos prévio e maior dificuldade em acompanhar as disciplinas. ” 3º semestre.(...) “Diminuirá o nível de formação acadêmica devido à redução do nível dos alunos que entram pelas cotas. ” 6º semestre. (...) “Vai empobrecer a formação dos futuros médicos. ” 6º semestre. (...) “Provocará de forma forçada a adequação à nova realidade, diminuindo o nível de troca de conhecimentos entre professor-aluno-universidade; ” 3º semestre (...) “Acredito que seja negativo, pois há possibilidade de entrarem alunos menos qualificados no curso (não só na medicina). ” 7º semestre. (...) “Não deveria haver. O certo seria que os alunos passem previamente capacitados. Não adianta facilitar o ingresso e ter que modificar o curso. ” 2º semestre. (...)

A **décima segunda** questão encerra uma questão mais geral e fundamental . *Além da política de cotas, como democratizar o acesso à universidade?*

<sup>403</sup> Ver último anexo desse trabalho. Uma investigação da OMS solicitou a 25 Associações de Estudantes de Medicina distribuídos pelo mundo inteiro a avaliar a forma como o tema do planejamento familiar e a saúde reprodutiva é abordada nos currículos das faculdades de medicina. O questionário enviado consta nesse anexo.

<sup>404</sup> Observamos aqui que vizinho ao Centro Acadêmico XII de Maio, área próxima onde inclusive realizamos os questionários, há o curso pré-vestibular XII de Maio voltado exclusivamente aos alunos de escolas públicas

Políticas de incentivo a educação básica, favorecimento do professor, com cobranças devidas. ” 6º semestre. (...) “Melhorar ensino básico, gratuito e de qualidade. Abrir mais vagas/ acesso livre, mas com critérios. ” 6º semestre. (...) “Investindo nas escolas públicas. ” 7º semestre. (...) “Acredito que, principalmente, o ensino público deve ser melhorado desde e inicialmente pela base e não pelo topo do ensino. Somente assim poderá ocorrer uma democratização plena e verdadeira. ” 1º semestre. (...) “Melhorar a escola pública. ” 10º semestre. (...) “Melhorar o ensino básico” 3º semestre.(...) “O estímulo ao estudo deve ocorrer desde cedo, com geração de mais vagas nas escolas públicas em ensino fundamental e médio, com qualidade de ensino. É um processo a longo prazo, mas com resultados melhores que as cotas. ”6º semestre. (...) “Democratizar nesse caso, significa investir em educação primária, embasar o conhecimento e nivelar as diversas classes sociais. Em nosso país, democratizar é um processo; se não impossível, a longuíssimo prazo. ” 6º semestre. (...) “Promovendo preparo DESDE A EDUCAÇÃO BÁSICA a um ensino de qualidade para que todos concorram igualdade às vagas. Cotas, para mim, ao invés de incluir, exclui, ao segregar as formas de acesso. ” 3º semestre.(...) “Investindo na educação pública. Aumentando os incentivos aos professores das escolas públicas. E investindo em políticas de incentivo para que os alunos compareçam às aulas. ” 7º semestre. (...) “O certo seria investir na melhoria da educação da rede pública, de tal forma que seus estudantes tivessem condições de competir pelas vagas em igualdade. Uma lei que obrigasse filhos de políticos a estudar em escolas públicas facilitaria essa melhoria. ” 2º semestre.

É tendo em vista que os estudantes salientaram a educação básica que veremos no tópico a seguir o programa Mais Médicos, que salienta, dentre outras coisas, a atenção básica na saúde.

## 7.8 Programa “Mais Médicos”

O programa “Mais Médicos”<sup>405</sup> dado o seu peso estratégico, o impacto na educação médica e nas reformas curriculares a ser implantadas até o ano de 2018 e o impacto no mercado de trabalho dos futuros médicos seguem a análise. A questão da revalidação do diploma será percebida historicamente desde os primórdios da institucionalização das faculdades e dos registros dos diplomas médicos no Brasil do Império até os programas republicanos e reformas curriculares ao qual o “ Mais Médico” se filia.

A complexidade e a escassez de estudos na área demonstra toda a sua imperiosa necessidade quando presenciamos atualmente os desdobramentos de uma longa polêmica: o Programa Mais Médicos desenvolvido e implementado pelo Governo Federal Petista de Dilma Rouseff. A discussão do programa atravessou os mais

---

<sup>405</sup> O Programa



diversos setores da sociedade civil<sup>406</sup>, organizações mundiais e continentais que lidam com a saúde<sup>407</sup>, entidades corporativas, associações profissionais da classe médica, universidades, centros de pesquisa. A cobertura e o acompanhamento dos debates sobre o Mais Médicos pela imprensa falada, escrita e eletrônica nos revela que até os setores e serviços ligados às relações internacionais e à diplomacia brasileira foram atingidos pela controversa questão<sup>408</sup>.

Os ânimos acirrados entre setores e associações de classe médica podem ser percebidos no editorial intitulado “O médico é o inimigo!”. Nele, Renato Azevedo Júnior, presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), publica uma opinião que é veiculada na revista do próprio Conselho.<sup>409</sup>

O governo federal decretou que os médicos brasileiros são inimigos que precisam ser combatidos a qualquer custo. Para esconder a mediocridade de sua gestão e a ausência de medidas para responder ao caos instalado na Saúde no Brasil, o ministro Alexandre Padilha passou a liderar uma cruzada contra os médicos, fomentando o ódio, o antagonismo e a hostilidade contra milhares de cidadãos e cidadãs que escolheram livremente a Medicina como profissão. É cada vez mais claro o objetivo de Padilha, que conta com o aval da presidente Dilma Rousseff. Querem, deliberadamente, destruir os médicos brasileiros, causar-lhes danos, desacreditá-los perante a opinião pública e, com isso, supostamente obter algum dividendo eleitoral em 2014. A escolha dos médicos como bode expiatório é uma medida desesperada do governo e tem o propósito de esconder a pior avaliação da história, que a população faz da Saúde no país. Nada menos que 77% dos brasileiros, segundo o Ibope, apontam os problemas na Saúde como a principal desgraça, muito pior que educação, violência e drogas, preocupações de menos de 40% das pessoas. As medidas contra os médicos foram lançadas para gerar polêmica, logo que a popularidade do governo federal desabou, depois que a população foi para as ruas e exigiu, entre muitas pautas, Saúde de qualidade e “hospitais Padrão Fifa”. Enquanto a mídia e todos os holofotes estão desviados para a guerra de demagogia patrocinada pelo governo contra os médicos, seja nos desatinos do *Programa Mais Médicos* ou nos vetos à lei do Ato Médico, os mal feitos de Padilha e Dilma ficam acobertados, dentre eles a não destinação de mais recursos para o SUS e a entrega da agência reguladora dos planos de saúde para as empresas do setor. Esses são dois dos motivos responsáveis pelo pior momento vivido pela Saúde e pela Medicina no Brasil. Os 400 mil médicos brasileiros compõem um universo plural de escolhas profissionais, ideologias, preferências partidárias, opiniões, tem virtudes e defeitos como todos os

---

406 Ver “Maioria dos brasileiros apóia Programa Mais Médicos, aponta CNT”. Matéria de Carolina Sarres, postada no dia 10 de Setembro de 2013 no site da Agência Brasil.

407 Ver: “OMS vê com entusiasmo programa Mais Médicos: Organização Pan-Americana da Saúde, órgão da entidade mundial, diz que iniciativa está de acordo com suas recomendações”. Matéria de Bruno Góes, postada em 24 de Julho de 2013, no site do Jornal O globo.

408 Ver: “Mais Médicos: abandono de cubanos leva ministro a Havana: Associação Médica Brasileira vai ajudar quem desistir do programa” Matéria realizada por Gustavo Uribe e Marcelle Ribeiro, postada em 13 de Fevereiro de 2014 postada no site do Jornal O Globo. Mais informações no link: <http://oglobo.globo.com/brasil/mais-medicos-bandonado-de-cubanos-leva-ministro-havana-596987#ixzz35ZrJnHhg>

409 Revista Ser Médico. N. 64. Ano XVI. Jul/ Ago/Set, 2013. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

trabalhadores, como todos os seres humanos. Mas, em comum, todos eles têm histórias pessoais de dedicação e de cuidado com a saúde e a vida dos pacientes- por envolvimento próprio ou por meio de suas entidades representativas com a defesa de um sistema de saúde de qualidade para todos. Por isso, não serão governantes passageiros que, em nome do poder e da má política, tentarão, sem consequências, humilhar e ofender os médicos brasileiros.

É a partir dessa tumultuada atmosfera social, política e histórica que discutiremos os tópicos e passos iniciais de nossa investigação. Nosso estudo contará com a participação das lentes epistemológicas dos sociólogos Gabriel Tarde e George Simmel. Ao longo de nosso diálogo, vamos expondo os motivos desse convite e dessa escolha.

## **7.9 Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina –ANASEM**

Chegando ao finalzinho do sexto capítulo analisamos o Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina ( ANASEM) a ser implantado a partir de Agosto de 2016. A proposta da avaliação <sup>410</sup> vem provocando reações políticas das entidades estudantis aqui observadas que merecem um tratamento mais atento. O debate entra em nosso trabalho visto que nessa movimentação política podemos entrever como os estudantes de medicina se relacionam frente aos mecanismos estatais de avaliação que pretendem avaliar e mensurar a qualidade, o perfil, a estrutura e o funcionamento dos estudantes e da instituições em que estudam.

Uma série de fatores e indicadores podem vincular esses posicionamentos gerais e nacionais frente as narrativas individuais: quais os fatores são levados em consideração para ser produzir uma opinião favorável ou contrária ao ranqueamento da instituições e ao caráter de “exame da ordem”, a qualificação profissional, a identificação da qualidade de instituições de ensino, a validade dos testes de aferição, quais as relações existentes entre as análises técnicas da validade ou não dos exames do tipo “Revalida” para que se possa identificar a qualidade na formação dos profissionais

---

<sup>410</sup> Sobre as relações históricas de formas de saber e poder como o inquérito e o exame pode ser visitada em FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. As ações e reações frente a questões como o “ranqueamento” das instituições e faculdades de medicina promovidas Anasem e os sentimentos de ‘saia justa” e a inquietação que algumas entidades de estudantes e professores parece guardar desdobramentos com a inspeção institucionalizada desde o Panopticon de Bentham problematizado por Foucault. Pelo menos, a leitura política que dessa movimentação parece ser registrada no termo desses códigos.

em formação ou recém-formados, uma análise da aptidão institucional dos testes usados para a avaliação dos cursos de formação acadêmica e profissional, a fundamentação das razões pelas quais o discernimento do diferenciado grau de aptidão profissional merece repúdio.

Neste ponto é oportuno ressaltar: quais são os valores em conflito, quais valores se opõe ao exame e à identificação da aptidão ou da falta dela em relação à medicina e a outras profissões e atividades que lidam com a vida.

Por outro lado, quais valores estariam amparando a busca da percepção, via testes, da idoneidade das instituições formadoras e dos candidatos a profissionais formados por ela. Finalmente, poder-se-ia levar em consideração os fatores técnicos serviriam de arrimo às posições pró e contra os citados testes.

Não encontramos, como se verá, o preenchimento desses quesitos nas exposições contrárias e favoráveis ao ANASEM. Isso mostra que independentemente da justiça ou arbitrariedade das posições alfinetas, muito longo ainda é o caminho a percorrer num exame sereno de questões polêmicas como essa.

A Proposta do então Governo de Dilma Roussef, vem seguida de um com vídeo, trecho de aula e fala do ex- Ministro da Educação. Aloizio Mercadante. Segue um trecho da fala do atual reitor da UFC, Henry Campos, sobre o assunto. O tema do Revalida, Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), também é mencionado na segunda metade da matéria.

As diretrizes da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem) já foram anunciadas pelo governo. A Anasem vai avaliar a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à prática médica pelos graduandos durante o processo formativo. O anúncio foi feito pelo ministro da Educação, Aloizio Mercadante, em entrevista coletiva na última sexta-feira (1º). Deverão fazer as provas os estudantes que ingressaram na universidade a partir de 2015. Com base na lei do programa Mais Médicos (12.871/2013), a avaliação será um componente curricular obrigatório e condição para a diplomação dos novos médicos. Esse exame será responsável pelo monitoramento progressivo da qualidade do ensino de medicina. A prova será aplicada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) aos estudantes do segundo, quarto e sexto anos dos cursos. A primeira avaliação, em agosto deste ano, será para aqueles no segundo ano do curso. De acordo com o ministro da Educação, a avaliação tem impacto na qualidade da formação médica no Brasil. “É uma avaliação muito mais completa, que vai ajudar a avaliar tanto o estudante quanto a instituição. É uma avaliação que permite a você corrigir durante o curso da formação. Vamos ter um salto de qualidade no processo de avaliação, sempre buscando aprimorar a formação de médicos brasileiros”, afirmou Mercadante. As avaliações do segundo e quarto anos terão caráter

formativo, indicando pontos fortes e deficiências. No sexto ano de curso, a prova seguirá os moldes do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), e os estudantes deverão atingir uma nota mínima para que possam se formar. De acordo com o reitor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e coordenador da Comissão Nacional do Revalida, Henry Campos, a prova avalia o conhecimento teórico e as habilidades clínicas. “Existe uma nota de corte, como é feito no Revalida, e para o estudante exercer a profissão deverá passar da nota de corte”, explicou Campos.

No último dia 3 de Junho de 2016, a Associação Brasileira de Educação Médica ( ABEM) e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina <sup>411</sup> lançaram a seguinte nota conjunta no site da ABEM. O título era Posicionamento sobre Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina <sup>412</sup>.

No início do mês de abril foi publicada a Portaria 168 do Ministério da Educação (MEC) que instituiu a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – ANASEM. Esta avaliação vem como mais uma das mudanças na formação médica prevista na Lei 12.871 que criou o Programa Mais Médicos. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) têm se posicionado historicamente em defesa de uma avaliação seriada, formativa e não ranqueadora, que se configure como instrumento de transformação da educação médica e que garanta a formação de profissionais qualificados para atender as demandas da sociedade brasileira, dessa forma, consideram como inadequadas as propostas de avaliação que se assemelham a um exame de ordem, já que não possibilitam a responsabilização de todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem e a correção de falhas durante a formação. A grande, e por vezes irresponsável, expansão de escolas médicas que tem ocorrido no Brasil ultimamente exige um processo rígido e adequado de avaliação da qualidade dos cursos de medicina, que contemple o projeto pedagógico, o corpo docente e discente e a infraestrutura, permitindo que cursos com desempenho insatisfatório tenham o número de vagas de ingresso reduzido ou mesmo sejam fechados. Esse procedimento de avaliação e regulação não deve ser focado exclusivamente no estudante, mas em todo o processo educacional. A Portaria 168 do MEC também instituiu a Comissão Gestora de Avaliação em Educação Médica, da qual a ABEM, o CFM e a DENEM fazem parte como entidades representativas, sendo responsáveis pelo planejamento, execução e elaboração da metodologia de avaliação, acompanhamento de sua aplicação e análise de resultados junto ao INEP. Essas entidades trabalharão para garantir uma avaliação formativa e de qualidade, através de uma matriz adequada, com métodos de aplicação e divulgação de resultados que garantam a devolutiva e a transparência e impeçam o ranqueamento e punição dos estudantes. Por fim, espera-se que o processo de diálogo, discussão e construção coletiva com autonomia permita a elaboração de uma avaliação,

---

<sup>411</sup> A DENEM produziu e postou vídeos no Facebook e nas redes sobre a ANASEM. Trata-se de um vídeo didático contendo a análise e a posição da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina sobre a Proposta. A Entidade produziu ainda um material analítico sobre a ANASEM, contendo um breve histórico e uma análise sobre a portaria que instituiu a Avaliação Nacional Seriada Dos Estudantes de Medicina ( ANASEM).

<sup>412</sup> Ver <http://abem-educmed.org.br/2016/06/03/posicionamento-sobre-a-avaliacao-nacional-seriada-dos-estudantes-de-medicina-anasem/>

que se configure como instrumento potente de transformação da educação médica, capaz de contribuir com a formação de médicos capacitados para cuidar da sociedade brasileira. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)

Com o fito de olhar historicamente<sup>413</sup> para essas questões. Lembremos que a questão dos exames e a validação de diplomas em solo brasileiro atravessaram o Império e a República. No império, como já nos mostrou Madel Luz. (1982) A autora apresenta as históricas relações existentes entre as reformas curriculares ocorridas em 1854 e 1879 nos cursos de Medicina no Brasil e a regulamentação do exercício da profissão de medicina em relação aos médicos estrangeiros ocorridas próximas a Proclamação da República através da validação dos diplomas em solo pátrio. A Coleção das Leis do Império do Brasil de 1881 declara que “ Nenhum doutor ou bacharel em Medicina ou Cirurgia de instituições médicas estrangeiras poderá assinar, anunciar ou dizer-se formado pelas Faculdades do Império sem que para isso faça todos os exames exigidos aos graduandos nas mesma faculdades” (LUZ, 1982; 118)

Do período republicano extrairemos um relato de Pedro Nava sobre um importante e explosivo acontecimento ocorrido mais ou menos no momento em que era criada a Universidade de Minas Gerais. A questão que o atravessou foram: exames. Escreve ele no Círio Perfeito, sexto volume de suas memórias. A criação da Universidade de Minas Gerais, a autonomia econômica, administrativa e didática das universidades brasileiras, as forças de insegurança pública, o amor, a ordem e o progresso em perspectiva<sup>414</sup>, uma dura análise crítica acerca do Governo Vargas e dos

---

<sup>413</sup> Ver BENJAMIN, Walter. **A Vida dos Estudantes**. In :Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação. São Paulo: ED.34, 2002. pp 31-47. Nesse trabalho publicado em 1915, Benjamin, então com 23 anos de idade, analisa o “ atual significado histórico dos estudantes e da universidade”. Um recorte das memórias de Nava realizada por Paulo Penido, seu sobrinho, é voltada aos estudantes de medicina. Pode ser visitada em. NAVA, Pedro. **O Anfiteatro: textos sobre medicina para estudantes de medicina**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. Trata-se de uma forma de acesso “ mais rápido” a alguns trechos das Memórias. No entanto, consideramos que várias passagens importantes e sugestivas sobre a vida de estudante de Nava e num plano maior dos estudantes de medicina em geral, não foram contempladas nesse projeto editorial. Por essa razão realizamos incursões aos diversos momentos em que percebemos conexões com a nossa pesquisa. De uma maneira ou de outra, deixamos aqui registrado que a obra de Nava constitui manancial impressionante sobre a vida do estudante de medicina, não só no Brasil, mas, acreditamos não exagerar, em termos de literatura universal.

<sup>414</sup> O lema conservador da bandeira brasileira é uma adaptação desfalcada e incompleta do lema positivista de Augusto Comte. “*O Amor por princípio e a Ordem por base; o Progresso por fim*” (em francês *L'amour pour principe et l'ordre pour base; le progrès pour but.*). O entendimento wikipediano dos conceitos é o seguinte: O amor deve coordenar o princípio de todas as ações individuais e coletivas. A

regimes imperiais e republicanos anteriores entram na conjuntura. Nava que foi “nefelibata”, “futurista” e “modernista”<sup>415</sup>, criminaliza ainda algumas posturas estudantis mais radicalizadas em relação ao primeiro reitor da UFMG, Mendes Pimentel. As forças de insegurança pública também são mencionadas. Houve tiroteio e, no meio dele, morreu José Ferreira Viana, um estudante de medicina. Trata-se de uma outra veia

---

Ordem consiste na conservação e manutenção de tudo o que é bom, belo e positivo. O progresso é a consequência do desenvolvimento e aperfeiçoamento da Ordem. Uma problematização mais robusta dos símbolos e ideais republicanos pode ser vista em CARVALHO, José Murilo de *A Formação das Almas: o imaginário da República no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. Pedro Nava pintou um quadro em 7 de Setembro de 1929 tendo essa questão como tema artístico, cultural e político. O amor é reclamado e implicado como o único conceito dentro da bandeira da república. A reprodução dessa obra está em Le MOING, Monique. **A Solidão Povoada: uma biografia de Pedro Nava**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

<sup>415</sup> O “mesmo” Nava descreveu sua “atuação” modernista e seu elitismo provocador no Beira-Mar. Ao final, traça seus desdobramentos com a realidade atual daquele momento. “Tínhamos de reagir e como o fazíamos....(...) Prestem atenção vou cuspir na gola daquele. Na manga direita deste. Naquela copa de chapéu. (...) E depredávamos. Casas, jardins, logradouros. Na noite da cidade deserta e despolicada quem? Quebrou uma por uma as vidraças consulares do Comendador Avelino Fernandes. (...) Os estudantes, conduzidos por *maus elementos e gente não pertencente à classe*, incendiavam bondes. Lembrai-vos maus elementos estranhos à classe estudantil. Grandes quantidades de solução de ácido sulfídrico e empolas de mercaptã são atiradas no salão do Odeon durante a última Sessão Fox e o odor infecto determina suspensão da projeção e a retirada das famílias indignadas, Quem: assaltava as latarias e reservas alimentares do bondoso Simeão. E os livros do Alves? Quem? Todas as noites trocava de portão as placas do Doutor Borges e do Doutor Lagoeiro e outras, outras e outras, pondo as de engenheiros em casa de médicos, as de advogados em casa de engenheiros, as do médicos nas casas uns dos outros – sobretudo se os separava o ódio furioso da classe. (...) Quem? Quem? Quem? A Família Mineira ultrajada sabia muito bem bem bem. Mas queríamos mais...Enterremos delegados. Desacatemos o PRM. (...) Os *nefelibatas*, rentes a ele, interrompiam cada período do seu discurso com um portentoso – Morra! o doutor Afonso Pena Júnior! - soltado a queima-roupa. Ele aguentou firme um, dois, três morras e ao quarto parou para deter a cavalaria que avançava e para responder de cara – que praga de urubu magro não mata cavalo gordo! Ao que retrucamos, já mudados, com um VIVA O DOUTOR AFONSO PENA JÚNIOR ! que reboou até o Bar do Ponto. Pazes feitas. Mas queríamos mais...ateemos fogo a Belo Horizonte. (...) os próprios incendiários deram o alarma e misturados à família combateram as chamas. Mas perceberam que eram suspeitados. Desceram arrasados, acordaram o João Pinheiro Filho, pediram palpites, pensaram em fugir para São Paulo mas o conselho do amigo era que fossem dormir e que se fizessem de andré (,,) já no dia seguinte, jantando em casa dos Machado, ouviu o relato da boca indignada de Dona Hilda. Tinham ateado o incêndio e por cúmulo da maldade, debaixo dum fio elétrico para provocarem um curto circuito. Não foi tanto assim, Dona Hilda....Com`é que o senhor sabe? Curto circuito simsenhor! Sei por minhas irmãs que são vizinhas da pobre família. Afinal, de prova em prova ficou claro que tudo aquilo era coisa dos nefelibato-futuristas. E de dois dos mais perigosos (...) Na minha repartição já se sabia que eu era *nefelibata* e os meus pontos eram cortados atentamente. Eu dava uma vaga atenção aos meus deveres burocráticos e tomara atitude impertinente com os chefes. Lixavame. Se fui à inauguração do *Instituto de Radium* a 7 de Setembro de 22 e no ano seguinte à Estação, para levar a comitiva médica que ia para um Congresso na Europa, foi para chamar a atenção do meu Diretor pelas gargalhadas insólitas que o Cisalpino, o Isador e eu soltávamos durante os discursos. Nossa gratificação estava na literatura e aquele generoso 1922 nos deu Guilherme com *O Livro de Horas de Soror Dolorosa, Era uma vez*; Oswald com *Os Condenados*; a formidável sequência dos números de *Klaxon* e a bomba das bombas – Mário com a *Paulicéia Desvairada*. (...) Estávamos vingados de tudo. Eram os anos vinte. Nos regulávamos com o século e íamos também nos nossos também anos vinte também. E sem querer estávamos fazendo uma revolução. Essa mesmo. Essa que ainda rola por aí. (NAVA, 1979: 182). Nava ainda diria no seu Beira Mar: “Para os governos só conhecia e conheço uma posição - a oposição.” (NAVA: 1979: 177). Ver PRADO, Antonio Arnoni. **Itinerário de uma Falsa Vanguarda: os dissidentes, a Semana de 22 e o Integralismo**. São Paulo: Ed.34, 2010



aberta das faculdades de medicina no Brasil. Os professores e os estudantes da Faculdade de Medicina de Minas Gerais são uns dos pivôs desse nitrogliceritante acontecimento histórico.

O novo governo – empossado entre festas, passeatas, manifestações públicas, amarrações de cavalos no obelisco – muito cedo, amargamente cedo, mostrou o que seria quando a 14 de Novembro de 1930 baixou o decreto 19.404 que, levando em conta as condições anormais que atravessara o Brasil, resolvia fazer passar de ano e formar sem exame os estudantes e concluintes de todo o território nacional. Era a terceira vez que o Brasil assistia a semelhante bandalheira. A primeira, na ditadura do marechal Floriano Peixoto, a segunda, em 1918, depois da epidemia de gripe chamada “ espanhola” – por outro decreto que, digamos de passagem, merecera a maior repulsa da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte – e vinha agora o terceiro sancionando a fabricação de doutores e a passagem de ano de estudantes de todos os graus independente de qualquer averiguação de seu preparo...Para uma revolução moralizadora ficava mal essa estréia: o governo que assumira a 3 de Novembro, como onze dias de duração, tirava a máscara e demonstrava que somos o que que sempre fomos e que seremos sempre o que somos. Sonho remoto dos inconfidentes, promessa nunca cumprida pelos governos imperiais e republicanos, a Universidade de Minas Gerais foi afinal criada a 7 de setembro de 1927 pelo presidente Antônio Carlos Ribeiro de Andrada. A lei promulgada nesse dia teve o número 958. Dava à atual Universidade Federal de Minas Gerais autonomia econômica, mas as possibilidades de administrativa e didática só se deixaram entrever quando o governo da república legislou sobre as universidades do Brasil e prescreveu as condições de sua obtenção. A de Minas Gerais obteve essas regalias por ato de 22 de Janeiro de 1930 (...) Os moços de Belo Horizonte tinham logo se amotinado com a idéia que já estava sendo discutida nos meios acadêmicos da cidade muito antes de ser assinado o decreto do governo federal que outorgava formatura e exames à gasosa. Já se sabiam as opiniões do reitor e dos conselheiros. Aquele e os professores de um modo geral consideravam que a adoção compulsória da legislação federal seria uma violência contra a autonomia da Universidade de Minas Gerais. (...) Os conselheiros alunos representando o ponto de vista de seus colegas eram unânimes no aprovar a promoção. Dos acadêmicos, só se opunham á passagem por decreto os concluintes de curso – a quem interessava um diploma limpo. Os estudantes vão ao reitor cuja resposta era a de que nada tinha a ver com o assunto que pertencia ao conselho universitário. Foi quando um mais afoito disse a Pimentel que nesse caso eles pediam que ele advogasse a pretensão dos moços junto aos outros professores que iam decidir da atitude a ser tomada. O reitor com a maior franqueza declarou que não assumiria esse compromisso porque o seu voto era exclusivamente de desempate e assim ele não poderia fazer a menor insinuação aos votantes. (...) Pediu aos moços que se lembrassem de seu discurso ao assumir a reitoria e ao que ensinara na primeira lição de abertura dos cursos universitários de 1928. Resumia todas essas coisas e era fiel a uma vida inteira com as palavras que disse aos estudantes ao definir a sua posição: “ A função do reitor é fundamentalmente educativa; os seus jovens companheiros se envergonhariam do seu guia se este renegasse, só para lhes ser agradável, um juízo tão cruamente manifestado sobre a promoção universitária.” Os estudantes não gostaram da resposta e sua irritação era aumentada cada dia pelo noticiário do Estado de Minas que enfatizava o assunto fazendo-o notícia e entrevistando não só diretores de faculdades como seus alunos. (...) É de acentuar que numerosos estudantes tinham se alistado nos batalhões patrióticos que a ordem do secretário do Interior tinha dissolvido desde 9 de Novembro, dissolução que ficara apenas em palavras platônicas. Esses estudantes estavam assim



armados e equipados para uma ação violenta. Dessa forma foi caminhando novembro até que despontou o seu malvado dia 18....(...) Eram os estudantes esperando os lentes que chegavam para tomarem parte na reunião do conselho. Aplaudiam os que eram favoráveis à passagem por promoção e apupavam os que eram contra. Todas as opiniões eram sobejamente conhecidas e a cólera subia à medida que uma espécie de contagem numerava os vaiados em maioria(...) erro grave do velho Pimentel,. Devia ter parado no topo da escadaria e dali arengado os estudantes. Foi essa sua convicção durante muitos anos, convicção que guardou para si. Mudou depois, descreveu uma curva de cento e oitenta graus quando foi ulcerado e contundido, no fim de sua vida, por desfeita semelhante à que sentia o reitor à *simples reunião daquela gente enfurecida. Só aquilo já era um insulto.* (...) Pimentel já sabia o que se passava entre os estudantes e naquele momento como nos amargos que viriam depois manteve intacta a magnificência do reitorado (...)Mas qual polícia nem meia polícia. Ela que era tão pródiga de bengaladas, cassetadas e espaldeiradas no lombo ou no coco dos rapazes - à menor bagunça na porta do Odeon – mantinha-se naquele dia ausente como por milagre (...) assistiram da janela a um tiroteio que de repente foi tão cerrado que eles recuaram (...) Dali viram que da rua atirava-se contra a Faculdade de Direito de revólver e de fuzil Mauser tipo 1908, de que só eram dotados o exército e as polícias militares. Logo se verá como eles chegaram às mãos dos estudantes. Dentro da própria Faculdade de Direito, como dissemos, sede provisória da universidade, tinham se desenrolado as cenas mais graves. O magnífico reitor que abriu a sessão era o homem que conseguira a autonomia da universidade e cujo programa de administração estava preso aos propósitos da formação de profissionais eficientes, de pesquisadores, de humanistas que preservassem o passado e a civilização brasileiras (...) Com seu espírito lógico de jurisconsulto dividira a sessão (...) O terceiro item constava da discussão e votação das propostas que surgissem caso negada a pretensão dos universitários. Mas nem se chegou até lá. Os moços que faziam assuadas e promoviam vaias do lado de fora foram informados de que as sessões do conselho eram públicas e mandaram uma comissão entender-se com o reitor para saber se era verdade e se eles podiam subir. Pimentel anuiu e os estudantes subiram. Sua chegada à sala do conselho (...) não foi propriamente uma entrada mas uma invasão ruidosa onde se amontoava mais gente que o número de cadeiras. Quando as coisas se acomodaram, Pimentel passou à votação dos quesitos sobre o que pretendiam os moços. Esses viram sua causa perdida e os últimos votos foram pronunciados debaixo de vaia e da jogada sobre a mesa e o conselho de bolas de papel, bananas, batatas e ovos. Um ovo atingiu Pimentel que deve ter sofrido mais com esse desacato que com a pedra que lhe atiraram à cabeça. Uma pedra é uma pedra e arrojada visa machucar e maltratar como a que produziu em Mendes Pimentel (...)Era um ferimento, um insulto a um velho, uma injúria ao reitor. Um ovo é um ovo e atirado é uma palhaçada e uma avacalhação. Dói mais que uma contundência. Vendo o pai ferido, os filhos de Mendes Pimentel entram armados de revólver para se interpostem entre o conselho e a multidão composta de estudantes e pelo menos dum agitador. Logo esses rapazes da família do reitor são desarmados pelos professores (...) A desordem continuava: a gritaria, as vaias e o arremesso, agora também, de pedaços de cadeiras espatifadas. Parte do grupo de estudantes que invadira a Faculdade de Direito continuava dentro dela fazendo arruaças nos corredores, salas e salão do conselho que depredavam, e outra parte fora para a rua onde continuavam as vaias, as pedradas e não ia demorar muito os tiros de revólver e de fuzil para dentro do prédio onde estavam os professores praticamente sitiados. Esse cerco durou de três a quatro horas durante as quais foi lançado fogo em dois pontos do edifício que felizmente não se incendiou. Arderam vários automóveis. Durante esse tempo, salvo uma visita do secretário do Interior ao local e seu apelo de calma aos rapazes e mais o aparecimento de

quatro praças, nenhuma intervenção da polícia pode ser apontada no sentido de libertar os assediados ou de esvaziar a praça Afonso Arinos e isolar o imóvel onde se passavam essas cenas – *durante várias horas*. (...) o reitor foi retirado do recinto (...) a 20 de Novembro os jornais noticiavam que Mendes Pimentel considerava-se definitivamente afastado do reitorado. A 30 de Novembro do mesmo mês saíria o decreto federal de cassação da autonomia da Universidade de Minas Gerais. Começava para a gloriosa instituição período de longo eclipse. (...) A universidade passou por um dos períodos mais difíceis de sua existência na fase que se seguiu a esses eventos. Lavraram a desconfiança e fundos rancores entre professores e alunos. O prestígio da instituição baixou ainda a zero quando da questão entre o diretor da Faculdade de Medicina, professor Alfredo Balena, e o ministro Whashington Pires. (...) a vida nova é insípida... Mas fluíam os tempos. Os alunos foram sendo substituídos ano por ano, os professores passavam também e as congregações se renovavam. Pouco a pouco os resultados do 18 de Novembro deixavam de se fazer sentir, a universidade foi levantando sua cabeça e o que parecia irremediável e mal sem cura, mostrou-se doença benigna e ferimento de cicatrização rápida. Hoje ela reatou sua tradição, é das melhores do Brasil. Pode retomar com todo garbo o seu *Incipit vita nova*. Sem remédio e fato a enlutar para sempre a Universidade de Minas Gerais foi a morte, durante o conflito, do estudante de medicina José Ferreira Viana. Era moço natural de Bom Sucesso, contava com cerca de vinte e três anos de idade, estava formado em Farmácia pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e cursava o segundo ano médico. Tinha a frente um futuro cortado pela fatalidade. E estava ali por estar e conduzido pelo destino cego. Acompanhando os colegas. Ficou apurado que no momento mais agudo do conflito dentro da sala do conselho os alunos amotinados teriam querido saltar a grade de madeira que separava o recinto dos conselheiros da parte reservada ao público, os moços atirando pedras e pés de cadeiras teriam tentado invadir o primeiro espaço. Um dos filhos do reitor disparou sua arma e atingiu o universitário Viana no abdome. Foi logo socorrido pelos professores Elias de Andrade, Zoroastro Passos e Borges da Costa. Foi decidida sua transferência para o Instituto de Radium onde foi operado pelo último. Não resistiu e no dia seguinte falecia. Seu corpo foi do Radium para o Instituto Médico Legal para autópsia e embalsamento. Deste foi levado para a sede da Associação Universitária Mineira onde foi velado por seus colegas, teve a visita de grande parte da população, de vários professores e de representantes do governo do Estado. Seu destino cortado é recordação perene na universidade e possa seu sacrifício, sempre lembrado, evitar momentos de paixão cega e de desvairança como aquele que atirou uns contra os outros – seus alunos e professores. A terceira vítima do dia 18 de Novembro foi o magnífico reitor Francisco Mendes Pimentel (...) Era sua crença que os próprios universitários de Belo Horizonte recusassem de iniciática espontânea a medida prostituidora do governo federal. Eles mesmos, universitários, querem-na com tal vigor que não hesitam em se tornar parricidas e atacar seus mestres, seus diretores e seu reitor a gritos, assovios, ovos, bananas, pedaços de pau, tiros de revólver, tiros de Mauser, atear de incêndios. Ferro e fogo. Era sua intenção formar ali grupos de discípulos que um dia fossem mestres e desencadeiam-se contra ele maltas de malfeitores (...) Para encerrar esse capítulo sobre o conflito da universidade resta fazer referência a fatos que autorizam muitas perguntas que, não tendo sido nunca respondidas, permitem à fantasia de cada um dar-lhes a resposta que entender. Por que? Tardou tanto a polícia agir. Ordens recebidas? De quem? (...) Esses fuzis nas vizinhanças da Faculdade de Direito, fuzis pertencentes a batalhão provisório “quase todos integrados por estudantes), fazem pensar muito. Como fazem pensar outras atitudes. Com que autoridade? o “tenente-coronel” de uma tropa dissolvida queria efetuar prisões dentro da sede da reitoria. Com que autoridade? Ele colocou sentinelas à sua porta, *ipso facto*

prendendo professores e alunos dentro do prédio. A quem? obedecia e tinha de dar satisfações o comandante do batalhão Antônio Carlos. Por que? – suas alegações contrariando frontalmente as de Álvaro e Roberto Mendes Pimentel – não foi com eles acareá-lo<sup>416</sup>. (NAVA, 1983; 51 – 64)

Outra proposição de Nava, agora relatando o desejo de criação de uma faculdade de medicina num município do interior mostra a participação dos estudantes. Num município de caráter conservador e reacionário, onde recém iniciara sua carreira de médico lhe foi dito que “ Tenho a vaga impressão que seu lugar não é no Desterro. Aqui é visita ao Bispo ou eu te devoro.” ( NAVA, 2006: 262). Afora essas relações de poder, o sentimento de obrigação e obediência era imperativo, lembrando as discussões de Gabriel Tarde sobre a construção do sentimento de obrigação numa dada sociedade. As hipóteses contratualistas passam ao largo dessa questão e dão a aceitação e o cumprimento do contrato sem levar em consideração os impasses, lutas e disputas que envolvem a institucionalização de um pacto e de um contrato entre os homens<sup>417</sup>. Por isso, Nava ainda ouve, no interior do Estado de Minas, a Tradicional Família Mineira ser adjetivada de forma intensiva e se torna, tradicionalíssima.

No Desterro não há questão de alguém achar ou não achar que está obrigado a isto ou aquilo. A cidade é quem sabe a que cada um de nós está obrigado, digamos comprometido, forçado a fazer e a pensar. Até do que gostar. Aqui todos que querem um lugar ao sol têm de entrar para o *Clube do Desterro* – dançam ou não dançam; para o *Círculo do Tiro* – cacem ou não cacem; e têm de visitar o Senhor Bispo, ser irmão de opa e tocha, ir às missas dominicais da Matriz. Não digo sejam ou não sejam crentes – ou praticantes, segundo sua expressão – porque a última alternativa é simplesmente inadmissível no nosso meio – ou melhor, em certa classe do nosso meio. Pense nisso. Até a vista, que já vou. Carminda, vamos...Podemos retomar o assunto dentro de quinze dias. Não se esqueça – duas, duas e meia. O Egon ficou parado, safado da vida, furioso daquele seu modo de ser entupido que não lhe dava resposta imediata para as impertinências que ouvia. E aquela fora firme. Que sujeito ... (NAVA, 2006: 199)

Nessa conjuntura como funcionaria a emergência de uma Faculdade? A atmosfera dos impasses, dilemas, oposições, reações, suposições, antecipações, alianças e tomadas táticas e estratégicas de posição e tentativa de manutenção do poder é desvelada<sup>418</sup>.

---

<sup>416</sup> Depoimentos de Álvaro Mendes Pimentel. *Estado de Minas* de 19/11/1930 e depoimento de Mário Moratório Osório. *Estado de Minas* de 22/11/1930.

<sup>417</sup> Ver TARDE, Gabriel. **As Transformações do Direito – estudo sociológico**. São Paulo: Editora Supervirtual Documento digital da tradutora Maristella Bleggi Tomasini, 2002.

<sup>418</sup> Ver “ sociedades beneficentes e beneméritas” das faculdades mais adiante.

Mas imagine você, meu jovem amigo, ideia tão alta e nobre, antes de concretizada, já tinha oposição. Sim senhor! Triste verdade, mas, verdade! Um grupo de médicos dos de mais clínica da cidade era contra. Diziam tranquilamente que, se tinham o monopólio da clientela e dos hospitais, para que se meterem a fogueteiros numa empreitada cujo resultado era dar foros e existência a essa coisa sempre opositora, contestadora e rebelde que era o estudante. Eles é que tinham a perder quando sua posição fosse examinada. E quem sabe? Se uma faculdade de Medicina, mais a escola de Engenharia local e a escola de Filosofia não seriam? O núcleo dessa coisa sempre temível que é uma Universidade. Aí, então, era a cidade dominada por estudantes e novos professores. Estavam todos torados: seria a balbúrdia. Pois esses matiuís tinham achado aliados na alta finança e na política locais e antes de concretizada a ideia dos Vilaça e do seu grupo, já estava criada e poderosa uma associação – não para impedir sua criação mas para instalar um sistema através do qual faculdades ou Universidades do Desterro permanecessem sempre controladas por grupo imutável e conservador. Foi para isto que tinham fundado a *Sociedade dos Soldados de Santo Inácio de Loiola*. (NAVA, 2006; 225)

Curioso paradoxo, os saberes e poderes médicos, ao mesmo tempo se infiltram e se capilarizam na vida social, cultural, política e econômica. Atravessam e se rearticulam nesse mesmo cenário delicado e dinâmico<sup>419</sup>. Note-se que o mesmo mote da movimentação anterior parece sofrer um deslocamento que deixa claro a multiplicidade empírica e descontínua sofrida pelos fluxos de crença e desejo inscritos na criação de faculdades e universidades.

O Desterro era no século passado visitado com pontualidade por quatro hóspedes incômodos. Varíola, cólera, tifo e febre amarela. Cada ano uma dessas epidemias vinha ceifar os desterranos. Quando na cidade existiu um grupo de médicos bastante numeroso para sentir-se uma classe com responsabilidade perante a coletividade – estes decidiram criar um centro para estudo daqueles males e dos meios para evitá-los. A ideia cresceu e dela resultou uma instituição realmente benemérita que foi e é hoje a quase centenária *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Desterro*. Seus principais fundadores foram o já mencionado Doutor João Pedreira Prisco e seu cunhado o Doutor Romualdo Leonel Camareiro da Silva. A instituição pegou e prestou os mais assinalados serviços à cidade e o município. A sua insistência ficaram se devendo o calçamento urbano, a criação de uma rede de esgotos, a instalação de latrinas que - modificaram os velhos hábitos do mato, da touceira de bananas, dos penicos e dos cafofos. A seu trabalho o Desterro lucrou a proibição das queimadas das matas nas encostas do Morro do Defensor, a fiscalização e análise das águas das fontes potáveis, o saneamento do Córrego Sete de Setembro e do Paraibuna, o protesto contra a instalação de fábricas no perímetro citadino, a introdução da vacina jenneriana, a primeira ideia da criação de uma Faculdade de Medicina, a qual nasceu depois e foi, com uma Escola de Engenharia e uma de Filosofia locais, o núcleo de que sairia a magnífica Universidade Federal do Desterro (NAVA, 2006; 211)

---

<sup>419</sup> Ver uma problematização biopolítica atualizada das relações entre a promoção da saúde e a saúde suplementar. RIBEIRO, Carlos Dimas et al. **Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. Ver ainda FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Após pontuarmos e pinçarmos momentos históricos situados em contextos diferentes, mas ombreados no mundo acadêmico que envolve a instituição médica universitária, podemos perceber que as polêmicas que envolvem os aspectos ligados a Educação Médica e os estudantes de medicina envolvem aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais. Mas não somente isso. Também percebemos que os saberes e poderes que atravessam, moldam e se refazem no campo médico envolvem delicadas conjunturas e circunstâncias onde a polêmica parece ser uma das poucas apostas históricas. Não parece ser razoável, numa atmosfera como essa, traçar cortes e análises que anseiam por estabilidade e previsibilidade. Podemos, no entanto, tentar qualificar e aprofundar determinados momentos históricos. Não para tentar extrair deles alguma lição. Mas para acompanharmos a forma e o conteúdo frente as quais as diversas tramas se desenrolaram e se movimentaram.

Além disso, percebemos aqui – pelos inúmeros momentos e exemplos – que a discussão técnica das questões foram, geralmente, sobrepostas por ondas e vibrações que operam num outro nível. Um nível em que a paixão e a razão se tornam, ao mesmo tempo, grandes aliadas e saudosas inimigas. Esses matizes e nuances podem ser ilustrados, por exemplo, recentemente.

A Coordenação de Política Educacional da DENEM divulgou uma cartilha recente sobre a ANASEM nas redes sociais. Tivemos acesso a esse documento através de um grupo de WhatZap remanescente do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) já mencionado e discutido nesse trabalho. Questões relativas à forma, ao conteúdo e aos desdobramentos do processo são colocados em perspectiva. Sob o título: *ANASEM: matriz de competências e habilidades*, vamos conferir o que lá foi registrado.

As particularidades curriculares e as diversidades regionais dos cursos de medicina também são tematizadas dentro de um contexto que novas diretrizes curriculares e mudanças propostas na formação médica estão em curso. E aqui vemos em sua amplitude como uma entidade de estudantes de medicina encara uma medida governamental acerca da avaliação dos próprios estudantes. Em suma, como os estudantes de medicina avaliam essa proposta de avaliação? Atravessando o projeto e a iniciativa governamental, a entidade atenta para os efeitos que possam ressoar, por exemplo, nas Residências Médicas, nos eventuais cursinhos preparatórios que possam

advir dessa iniciativa e a efetividade dessa medida na qualidade educacional das escolas de medicina e na formação deles, estudantes de medicina.

**ANASEM Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina O que é?** A Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina é um exame nacional, **obrigatório aos estudantes de medicina que ingressaram em 2015**, aplicado pelo INEP (Instituto Nacional de Educação e Pesquisa) que tem por objetivo avaliar a qualidade do ensino e as habilidades e competências adquiridas pelos estudantes. A necessidade de uma avaliação nacional foi prevista pela lei 12.871 (Lei do Programa Mais Médicos), que também traz a mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais implementadas em 2014 e a expansão expressiva das escolas médicas pelo Brasil. Uma vez que se estabelecia novas diretrizes e mudanças na formação médica, entendeu-se que a implementação destas e a qualidade da educação médica deveria ser avaliada sob um novo viés, para além dos mecanismos de avaliação estabelecidos atualmente (no caso dos estudantes, o ENADE). Em abril deste ano, foi publicada, pelo MEC, a portaria 168/2016, estabelecendo algumas diretrizes para a formulação da ANASEM (como Comissão Técnica e Gestora), além da associação desta com o processo do Revalida. Já no mês de agosto, com a portaria 982, e setembro, com a portaria 483, temos a revogação da anterior (abril) e mais informações sobre a prova. **Como vai funcionar?** A prova deverá ser realizada de 2 em 2 anos, sendo obrigatória **para os estudantes do 2º ano** (3º e 4ºP períodos), **4º ano** (7º e 8º períodos) e **6º ano** (11º e 12º períodos). **Quem vai fazer a prova?** Este ano a prova será aplicada **somente para os estudantes que ingressaram em 2015**, independente do período que o estudante está cursando atualmente. Estudantes ingressantes anteriormente a 2015, mas que reprovaram ano/semestre ou qualquer outra situação de atraso do curso **NÃO** deverão realizar a prova! Casos excepcionais (como por motivo de paralisação) devem ser conversados junto à coordenação de curso, para que sejam solucionados caso a caso junto ao INEP. **IMPORTANTE:** a Instituição de Ensino deverá divulgar a lista de alunos inscritos para realizar a prova! A eventual não realização da prova deverá ser justificada ao Coordenador do Curso, sendo o estudante obrigado a realizar a prova no ano seguinte. **Como se inscrever?** A inscrição dos estudantes é **responsabilidade das Instituições de Ensino (IEs)**, que deverá ser feita entre os dias 15 a 23 de setembro de 2016, no endereço eletrônico <http://anasem.inep.gov.br> **Quando, Onde e Como será a Prova?** A prova será aplicada pelo INEP no **dia 9 de Novembro de 2016, das 13h às 17h, na própria instituição de ensino do estudante.** - Terá duração de 4h e será composta por 63 questões: 60 objetivas e 3 discursivas, dispostas numa escala de dificuldade para alunos de 2º ano, para alunos de 2º e 4º anos e outra para alunos de 2, 4 e 6º anos. **E o conteúdo?** - A matriz da ANASEM engloba as Áreas Básicas, as Especialidades, além de Medicina de Família e Comunidade; - O Inep já divulgou em sua página a Matriz de Competências e Habilidades da ANASEM, compatível com as novas DCNs. **Recomendamos sua leitura!** - As questões da prova, por sua vez, serão ainda elaboradas por um Comitê de Especialistas montado pelo MEC. **Nota Mínima:** Segundo as Portarias Normativas mais recentes, a prova não terá nota mínima classificatória. No entanto, **a realização das 3 provas ao longo do curso são obrigatórias para que o estudante receba o diploma.** A partir do desempenho nas provas, os estudantes serão **classificados em de 3 níveis de proficiência: Básico, Adequado ou Avançado**, não baseado em porcentagem de acertos, mas em medida da proficiência de raciocínio clínico. O cálculo da proficiência será feito com base no TRI - TEORIA de RESPOSTA ao ITEM (mesma metodologia do ENEM), que considera: • poder de discriminação do



item ; • dificuldade de cada questão ; • probabilidade de acerto ao acaso. Esses resultados serão publicados somente para os estudantes e para a Instituição de Ensino. Assim, quem fizer a prova irá receber seu desempenho individual, de sua instituição e a média nacional para comparação. **Consequências:** No entanto, apesar de não possuir um caráter punitivo ou ranqueador, segundo a Portaria de 9 de setembro de 2016, **os Programas de Residência Médica terão autonomia de solicitar às instituições esses resultados para utilizar como critério de seleção.** Isso significa que poderiam utilizar a nota como critério parcial ou mesmo único de avaliação dos candidatos. Piorando o panorama, o MEC garante a **autonomia das Instituições de Ensino para utilizar/integrar essas notas em seus métodos avaliativos.** Com isso, no futuro, as escolas podem utilizar os resultados da prova para avaliação dos estudantes. *A DENEM é contrária a aplicação dos resultados da prova com essa finalidade, pois entende que essas medidas conferem caráter ranqueador à prova da ANASEM, sendo que o objetivo primordial é avaliar a qualidade de ensino ofertado nas faculdades após a mudança no currículo, sem punir os estudantes.* As escolas médicas, por sua vez, serão avaliadas segundo os resultados de seus estudantes. Portanto, a DENEM defende que a ANASEM seja um processo indutor de melhorias dentro das faculdades de medicina no Brasil. Além da possibilidade de ser usada como critério de classificação nos Programas de Residência Médica ou mesmo pelas próprias instituições, a ANASEM tem o **potencial de remodelar o ensino médico nas universidades,** voltando o aprendizado do curso majoritariamente para a preparação do estudante para provas e não em sua formação profissional. *A DENEM defende que a ANASEM não seja um instrumento indutor de engessamento e padronização dos currículos médicos, respeitando as particularidades e diversidades regionais.* demais, a aplicação da ANASEM, principalmente pelo caráter classificatório que poderá ser atribuído à prova, **impulsionará um novo mercado de Cursos Preparatórios.** A DENEM defende que as consequências da ANASEM estejam restritas ao âmbito do caráter formativo da avaliação. Por fim, a DENEM se coloca à disposição de todos os estudantes de medicina que ainda tenham dúvidas ou que precisem de ajuda. Entre em contato com a Coordenação de Políticas Educacionais ou sua Coordenação Regional, através da página da DENEM no Facebook e muito em breve, na página oficial da DENEM. Saudações estudantis! **Portarias:** [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2016/iels.abr.16/iels61/U\\_PT-MEC-GM-168\\_010416.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.abr.16/iels61/U_PT-MEC-GM-168_010416.pdf); [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=47621-portaria-981-02set-pdf&category\\_slug=agosto-2016-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=47621-portaria-981-02set-pdf&category_slug=agosto-2016-pdf&Itemid=30192). **Matriz de Competências e Habilidades e apresentação feita aos Coordenadores de Curso e entidades médicas:** [http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/anaseм/documentos/2016/apresentacao\\_anaseм\\_v4.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/anaseм/documentos/2016/apresentacao_anaseм_v4.pdf)

Ao final do tópico, cabe aqui lembrar uma observação de Max Weber escrita no seu texto a Ciência como Vocação. Ela interliga as relações entre a busca pela objetividade do conhecimento, a produção da ciência e a relação com os valores e a medicina<sup>420</sup>. Isso, porque afinal de contas, o que se pretende e o que se pressupõe com

---

<sup>420</sup> Noutro momento, Weber discute as relações entre o “sucesso” da biologia moderna e o seu impacto nas ciências históricas e culturais. Ver WEBER, Max. **A Ciência como Vocação.** IN. GERTH, Hans; MILLS, Wright. Max Weber: Ensaio de Sociologia. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. Percebemos que a questão da vida tal como problematizada em Weber não é tocada usualmente. Nem em matérias



as avaliações nacionais seriadas dos estudantes de medicina? Uma Weber que tangencia o conceito de Homo Sacer de Giorgio Agamben, parece aqui estar dialogando subliminarmente com alguns aforismas hipocráticos e com os estudantes.

Hoje falamos habitualmente da ciência como “livre de todas as pressuposições”. Haverá tal coisa? Depende do que entendemos por isso. Todo trabalho científico pressupõe que as regras da lógica do método são válidas; são as bases gerais de nossa orientação no mundo; e, pelo menos para nossa questão especial, essas pressuposições são o aspecto menos problemático da ciência. A ciência pressupõe, ainda, que o produto do trabalho científico é importante no sentido de que “vale a pena conhecê-lo”. Nisto estão encerrados todos os nossos problemas, evidentemente, pois esta pressuposição não pode ser provada por meios científicos – só pode ser interpretada com referência ao seu significado último, que devemos rejeitar ou aceitar, segundo a nossa posição última em relação à vida. (...) A “pressuposição” geral da Medicina é apresentada trivialmente na afirmação de que a Ciência Médica tem a tarefa de manter a vida como tal e diminuir o sofrimento na medida máxima de suas possibilidades. Se a vida vale a pena ser vivida e quando – esta questão não é indagada pela Medicina. (WEBER, 170; 1979)

---

biográficas que tratam da humanização da prática médica. Ou ainda quando se relaciona a biopolítica, a promoção da saúde e a saúde suplementar ou mesmo quando se trata de temas polêmicos como a “pílula do câncer”. Sobre o primeiro ponto, ver ‘Sereia de Ouro: Por uma Prática mais Humana da Medicina’. Matéria veiculada no Jornal Diário do Nordeste em 27 de Setembro de 2016 sobre a indicação do médico infectologista Anastácio Queiroz ao prêmio. Uma curiosa observação “antropológica” internacional ali é dita quando o professor relata sua experiência à frente da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. “Também foi um período marcado pelo intercâmbio internacional que trouxe ao estado capacitação e melhorias. – “Tivemos cooperação com o Reino Unido, com o Japão e com o governo americano que permitiram que as pessoas fossem treinadas (...) Com os japoneses, nossa cooperação foi no sentido de melhorar a assistência obstétrica. Com o Reino Unido era organizar melhor o sistema de saúde e com os americanos era a questão da mulher. Também nos aproximamos de Cuba com a questão de saúde da família e com a Holanda para desenvolver a Escola de Saúde Pública”. Ver uma problematização das relações internacionais na saúde e do conceito de saúde global, as origens e percursos da saúde internacional, a atenção primária à saúde e as relações entre o neoliberalismo e as reformas sanitárias. IN. CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. Sobre o segundo tópico, ver RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. **Saúde suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde** (org). São Paulo: Hucitec, 2011. Sobre o terceiro tópico, já abordado na discussão sobre as relações entre saúde e jornalismo e na mesa do COBEM que abordou a relação entre publicidade, mídia, indústria farmacêutica e o assédio dos laboratórios farmacêuticos à formação dos estudantes de medicina. Ver “Testes com pílula do câncer avançam: Fases iniciais não apontou efeitos colaterais, dados serão conhecidos nessa quarta” no site do jornal O Globo de 6 de Outubro de 2016. Essas oportunidades, aparentemente díspares entre si e com o tópico, guardam relação com a falta de problematização da vida na medicina.

## **7.10 Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida)**

Na segunda metade da matéria sobre a ANASEM nos é dito que o ex-ministro da educação, Aloisio Mercadante anunciou também o resultado da edição 2015 do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida). A avaliação é obrigatória para que médicos que têm diploma expedido por instituições estrangeiras possam exercer plenamente a prática médica no Brasil.

Criado em 2011, o processo de revalidação passou a ser unificada para 44 universidades federais. Antes do Revalida, cada instituição de Ensino Superior estabelecia os processos de análise seguindo a legislação.

A edição de 2015 do Revalida teve o maior número de inscritos da série histórica, com cerca de 4 mil participantes, e aprovou 1.683 médicos, um percentual de aprovação 10% superior ao de 2014. Do total, 54,7% eram brasileiros que se formaram em medicina no exterior.

O ministro destacou a importância do programa Mais Médicos para o aumento das aprovações. “O grande fator que explica o número de participantes e aprovações foi a experiência vivida no Mais Médicos. Esses médicos eram diplomados, mas com o Mais Médicos eles puderam exercer a medicina com supervisão e formação continuada, e isso contribuiu para que eles melhorassem a sua formação originária”, explicou.

## 8 O ESTUDANTE MÉDICO ENTRE A ACADEMIA E O MERCADO DE TRABALHO

### 8.1 Educação Médica: entre a filosofia da diferença e o pragmatismo americano

Esse tópico versa sobre o diálogo entre a filosofia da diferença e o pragmatismo <sup>421</sup> norte americano <sup>422</sup> e aos seus rebatimentos no campo da problematização das correntes que pensam e agem a educação médica. Fazer funcionar uma educação que pense ostensiva nos anseios do mercado de trabalho.

O mote desse tópico se deu pela influência norte-americana encontrada nos saberes, práticas e poderes médicos. Como foi possível que a influência social e cultural de saberes e poderes educacionais influenciados por uma cultura europeia, como a brasileira, trocasse de mãos? Quais as condições de possibilidade permitiram a emergência e o despontar dessa configuração?

Ocorre que num processo histórico muitas são as nuances a serem avaliadas, os seus agentes, as circunstâncias, os interesses, a confrontação de ideias, práticas, processos e projetos divergentes, e os avanços, recuos e descontinuidades, os impasses, os retrocessos, assimilação crítica ou mecânica de concepções alienígenas àquela realidade.

Para tentar mapear algumas linhas de interpretação sobre esses sinuosos percursos fizemos o seguinte: ao lado do reporte de algumas experiências de Pedro Nava apontada ao longo de suas memórias enquanto aluno colegial, estudante de medicina e profissional da área coligimos momentos da pesquisa de três autores e obras (SAVIANI, 2013; CAMBI: 1999; MANACORDA; 2010) que se debruçam sobre a história da pedagogia mais universal e das ideias pedagógicas no Brasil.

A ideia da utilidade do conhecimento como critério de verificação e verdade <sup>423</sup>. Vindo de uma tradição ibérica e passando por um momento de grande

---

<sup>421</sup> Ver. KANT, Immanuel. **Antropologia de um ponto de vista pragmático**. São Paulo: Iluminuras, 2009.

<sup>422</sup> Ver DE WALL, Cornelis. **Sobre Pragmatismo**. São Paulo: Loyola, 2007. O autor elenca os diversos autores e correntes que compõe o Pragmatismo. John Dewey, a quem nos reportaremos mais à frente,, é classificado como símbolo maior do *instrumentalismo engajado* dentro desse cipoal. Ver ainda MOSTAFA, Solange Puntel. **O pragmatismo clássico americano e a filosofia da diferença: questões para a educação**. Revista Contrapontos - Eletrônica, Vol. 13 - n. 2 - p. 120-129 / mai-ago 2013.

<sup>423</sup> Ver PUTNAM, Hilary. **O Colapso da Verdade e outros ensaios**. São Paulo: Ideias & Letras, 2008. Por exemplo, a discussão de Putnam sobre “ a pobreza da concepção de linguagem do Positivismo Lógico” e a discussão acerca dos valores. “ Os valores são criados ou descobertos?” em que ele traça uma visão deweyana da valoração, o compara a Rorty e tematiza “ algumas objeções reducionistas à teoria do

influência da cultura francesa percebemos como o pragmatismo norte-americano está diluído em propostas como a Medicina Baseada em Evidências. A proposta então é ver como historicamente o pragmatismo emergiu.

Já de saída cabe frisar que o atravessamento de campos de ideias tornados polarizados em momentos revolucionários. Mario Alighiero Manacorda, realiza a partir de uma concepção marxista gramsciana a sua História da Educação da antiguidade aos nossos dias. Nela, o autor apresenta e elenca os momentos mais “ marcantes” da história da educação: a sociedade e educação no egito antigo, a educação na Grécia e em Roma, a educação na alta e na baixa idade média, no Trezentos e no Quatrocentos, no Quinhentos e no Seiscentos, no Setecentos, no Oitocentos e do século vinte em direção ao ano dois mil.

Saltamos na estação Setecentos desse trem da história. Naquela parada , a obra apresenta uma interessante passagem ao mencionar as influências ideológicas nas revoluções americana e francesa. A primeira amparada no ideário Lockeano e assimilada criticamente por Benjamin Franklin, que viveu dezesseis em Londres e nove em Paris, e Thomas Jefferson. A segunda tendo nos enciclopedistas e Rousseau seu mote principal. Chama a atenção o fato de que o ideário de utilidade e verdade, considerados elementos característicos do imaginário pragmatista, seja encontrado nos dois lados. Mais precisamente: a menção à utilidade nas artes é proposta por um Benjamin Franklin influenciado por Locke é feita no contexto americano. Já a alusão a verdade é realizada por um Condorcet amparada nos princípios enciclopedistas na França.

Na América, no momento da revolta dos colonos ingleses contra a metrópole e da fundação da nova confederação dos estados independentes, entre 1765 e 1783, os chefes ideais e práticos dessa luta assumem publicamente as exigências reformadoras do iluminismo e da Enciclopédia. Tanto Franklin quanto Jefferson, em nome dos direitos naturais do homem, e convictos de que a liberdade exige um povo com certo grau de instrução, solicitavam uma “ cruzada contra a ignorância”, voltada para a promoção das faculdades intelectuais e morais dos jovens. Franklin, em particular, propunha uma instrução cujos objetivos fossem as boas maneiras lockianas, a moralidade , as línguas vivas e mortas, “ e todos os ramos **úteis ( grifos meus)** da ciência e das artes liberais”. É um programa iluminado , mas sem dúvida ainda seletivo. Jefferson propugnava uma escola elementar gratuita para todas as crianças dos sete aos dez anos, os melhores dos quais deviam ser selecionados para as escolas secundárias, e os melhores destas, para a universidade. Nesse programa estão contidos, em estado embrionário ou em projeto, todos os elementos de expansão quantitativa e de renovação qualitativa característicos da pedagogia liberal-democrática. Os mesmos objetivos, embora com matrizes culturais diferentes ( os enciclopedistas e

---

valor de Dewey”. O próprio Rorty pode ser acionado tangenciando o tema mais amplo do tópico numa polêmica entre ele e Umberto Eco. RORTY, Richard. **A Trajetória do Pragmatista**. IN. ECO, Umberto. Interpretação e Superinterpretação. São Paulo: Martins Fontes, 1993. Pp 105-127.

Rousseau, mais do que Locke) são repropostos na França revolucionária após 1789. Já os *Cahiers de doléances* estão cheios de denúncias e reivindicações sobre a instrução popular; em seguida, na Constituinte que surgiu dos Estados Gerais (Julho de 1789 – Setembro de 1791) serão apresentados os primeiros projetos de lei, a partir daquele de Talleyrand, que pedia uma “instrução pública, gratuita no que se refere às partes da instrução necessária a todos os homens”. Mas o protagonista mais significativo desta nova fase na França é Condorcet, cientista famoso e secretário da Assembleia Legislativa, à qual apresentou o seu *Rapport sur l’instruction publique* (21 de Abril de 1792), com o relativo projeto de decreto, que foi aprovado em 17 de Agosto de 1792. O relatório articula-se em cinco partes, respectivamente sobre a natureza e os fins da instrução pública, sobre a instrução comum para todas as crianças, sobre a instrução comum para os adultos, sobre a instrução relativa às profissões e sobre a instrução relativa às ciências. Na convicção de um infinito progresso do homem nos vários estágios de sua história rumo a um estágio em que desapareceria a desigualdade entre as nações e as classes, e se concretizaria a indefinida perfectibilidade do indivíduo Condorcet sustentava a necessidade de uma instrução para todo o povo, aos cuidados do Estado e inspirada num laicismo absoluto: uma instrução, enfim, “única, gratuita e neutra”. Eis como se expressa a respeito o seu relatório: “Já que a primeira condição de toda a instrução é a de não ensinar a não ser a **verdade (grifos meus)**, os institutos que o poder público consagra para este fim devem ser o mais possível independentes de qualquer autoridade política; mas sendo que esta independência, resulta do mesmo princípio que é preciso torna-los dependentes somente da Assembleia dos representantes do povo...A Constituição não pode permitir na instrução pública um ensinamento que, afastando os filhos de uma parte dos cidadãos, destruiria a igualdade das vantagens sociais...É...rigorosamente necessário separar da moral os princípios de qualquer religião particular e não admitir na instrução pública o ensinamento de algum culto religioso. Este deve ser ensinado nos templos pelos seus ministros”. Ao lado da proposta de sua autoria, muitas outras foram apresentadas por homens de várias tendências. (MANACORDA: 2010 , 305)

Puxemos outro fio desse emaranhado após termos assinalado a movimentação histórica assentadas nos valores e conceitos de utilidade e verdade. Aqui a alusão é da experiência de Nava no Colégio Anglo Mineiro e o Movimento da Escola Nova. O ideário pragmatista escolanovista brasileiro encarna esses conceitos ao transpô-los para os processos de organização, ensino, aprendizagem e didática até o chão da sala de aula.

No Balão Cativo, Pedro Nava narra suas experiências escolares. No Colégio Andrès, na escola pública do Rio Comprido, no Lucindo Filho, no Anglo-mineiro e depois, em novo internato, agora no Pedro II. Aqui vamos nos deter ao momento em que o autor estudou no colégio Anglo-mineiro. Uma instituição de origem inglesa, em Belo Horizonte em que o Navinha escreve que – “ainda não tinha convivido com gente da minha idade” - a retrata as suas experiências nesse colégio tido como uma ansiada instituição moderna àquela sociedade mineira e belorizontina dos anos de 1914. Além disso é importante ressaltar foi durante essa sua experiência

educacional que o interno Nava admite a emergência de sua vocação para a Medicina e uma impressão indelével que o marcaria em toda a sua longa prática médica .

Nesses dormitórios é que se revelou minha vocação de enfermeiro, primeiro degrau para a de médico. Era sempre nas noites de domingo para segunda, quando os meninos voltavam da rua e das saídas, entupidos de cocadas, brevidades, doces d'ovos, pés-de-moleque, coxinha de galinha, camarões recheados, empadinhas, pastéis e bolinhos de feijão. Era a fatal dor de barriga. Eu acompanhava o menor de todos nas suas correrias desabaladas pelo corredor escuro, deixando um rastro de merda mole de sua cama à porta das oficinas. Era o que o indicava ao Jones que se indignava com a porcaria e a imprevidência. Why did you wait? And why damn, didn't you get to the oficinas at the first signo f your gripes? You dirty, incontinent, miserable swine! Coitado do menino. (...) Mas pior era nos dias das dores de barriga do outro, do menino gordo.(...) Nunca, na na minha longa prática médica, tornei a ver coisa igual. Jamais revi debacles intestinais como aquelas, tanto pela quantidade como pela qualidade. (NAVA: 1973, 166-7)

Ele relata a “admirável” organização do Colégio Anglo-mineiro, as suas experiências com as competições atléticas, com o futebol, com os uniformes, os banhos, a marcha, as atividades de amanhar a terra, plantar, regar e colher, as aulas de inglês e de conhecimentos gerais a partir da consulta de livros estrangeiros em inglês em que os trabalhos construtivos eram ministrados.

O café era às duas e trinta seguindo dum recreinho de minutos. Depois do qual vinha a aula deleitável do Carlyon. Essa matéria era chamada “ trabalho construtivo”, do título do livrinho que tínhamos para consultar – “*The pupil's book of the constructive work*”, da autoria de um benemérito> Ed. J.S. Lay, Head Master of the Chadwell Council Scholl, de Ilford. Usávamos o Book II for middle divisions. Os trabalhos construtivos eram o início de uma série de generalidades dadas em todo o curso do Anglo com esse nome e depois com os de “ Lições de Objetos” e os de “ Conhecimentos Gerais”. Era um ensinamento objetivo e lúdico, paralelo à Numeração, às tabuadas, à Matemática, à Física, à Química e à Biologia. (NAVA, 1973; 159)

E numa interessante comparação entre os métodos e processos do seu colégio com um seminário em Mariana podemos ter uma clara ilustração dos fundamentos sociais, culturais e políticos que norteavam aquelas duas experiências educacionais.

O quarto excluído era o Múcio de Senna. Pelo gênio esquisito, pelo feito tristonho, pelos repentes, pelas desconfianças. Era fininho, alto, um pouco mais velho que os outros e vivia espavorido com a ideia de ser mandado novamente para o Seminário de Mariana, de que eles nos contava a vida conventual e presidiária. Os dormitórios gelados onde se tiritava sem cobertor. O sino batendo, às quatro horas da manhã, para o levantar e a ida direta para as missas e matinas em jejum, onde os meninos comungavam de fé e de fome também. O café tardio, aguado, com uma toresta de angu frio, em vez de pão. Mais capela, confissão, catecismo e latim. Os castigos

inquisitoriais, horas braços abertos meninos crucificados no espaço. Os rosários desfiados, joelhos nos grãos de milho. O banho quinzenal. A comida reles. Os formigões de batina preta, se espionando e se delatando. O pavor das noites com vento assoviando. Os morcegos. A cidade desolada e triste – mesmo de dia, mesmo ao sol – com os sinos dobrando a finados. O Múcio tinha arrepios só de pensar em voltar e caprichava no boletim para não dar nenhum motivo ao pai. Todo mês ele tirava o primeiro lugar. Grau dez de cima abaixo, em cada matéria, em cada detalhe da vida escolar ali discriminados. Numeração, Tabuadas, Aritmética, Geometria, Português (leitura, ortografia, gramática, composição), Inglês (leitura, ortografia, gramática, conversação), Francês (conversação), Alemão (conversação), Geografia, História da Pátria, Caligrafia, Ginástica, Desenho, Trabalhos Construtivos, Asseio, Pontualidade – tudo 10, e o Múcio não era desbancado por ninguém. Morria de estudar porque: Mariana ? Isso não, nem morto! (NAVA, 1973; 162-3)

Se o clima no claustro de Mariana era terrível, cruel e amedrontador, a falta de urbanidade no cosmopolita Anglo- mineiro , porém, não deixava por menos. Como já vimos com Múcio de Senna, também praticava discriminações raciais e opressões sociais e econômicas. Múcio foi o quarto excluído, Nava dentre eles, no seio daquele colégio considerado “ ameno” em relação ao regime de Mariana.

Começava então o grande recreio, conforme os dias, ocupado pelas partidas de futebol, pela natação, pelas grandes excursões. Desde que fiquei de fora dos *matches*, quando não estava lendo nas escadas que desciam para o campo, estava de conversa com os amigos internos. Eram o Múcio Emílio Néelson de Senna, o Paulo Queiroz, o Paulo Barbosa da Rocha Vaz e um mulatinho que tinha sobrenome Fernandes. Não sei o que nos fez adivinhar uns aos outros e procurarmos mútuo apoio, num meio vagamente hostil e que nos discriminava um pouco. O Fernandes, pela cor. Nem os meninos nem os professores toleravam bem aquela intromissão africana que o Sadler só aceitara porque precisava de alunos e o padrinho do moleque era cheio de dinheiro. O Paulo Vaz, pelo espírito diferente e grave que fazia dele um adulto cheio de melancolia – repelido pela inconsciência geral dos meninos. (...) O Paulo Queiroz era expelido do meio dos alunos pela sua diferença. Era paulista, bem educado, naturalmente cerimonioso e fora indexado por suas roupas. Não por simplicidade e pobreza, como no caso das minhas, mas por requinte, riqueza e pelo apuro de suas meias compridas, dos seus largos colarinhos engomados de linho azul, de suas pastas de livro lavradas em couro preciosos, dos sapatos numerosos, dos chapéus de marca inglesa. Tinha um vago sotaque estrangeiro e rolava os RR. Dirigia-se a todos com uma urbanidade perfeita – colegas e professores – num português meio arrastado, aos companheiros; em alemão, ao Westerling; em francês ao De Capol; em inglês, ao Jones. Aquilo tudo era uma ofensa à mineiridade dos outros e nada se poupava ao paulista que vivia chorando de raiva. Sumiam seus lápis, borrachas, livros. Mãos misteriosas dilaceravam suas pastas e laceravam suas roupas. No futebol, as chuteiras encarniçavam-se contra suas canelas, no tanque de natação ele passava por caldos prolongados. Afinal não pôde, escreveu à família e o pai veio buscá-lo” (NAVA, 1973: 161-2)



A comparação entre a educação brasileira e a educação inglesa é feita logo em seguida. A liberdade de ir e vir e a servidão do mais fraco é mencionada. Esses signos lembram um recorte muito comum nas proposições liberais acerca da liberdade individual. Além disso, um certo recurso à instrução das “boas maneiras lockianas” e da moralidade no que diz respeito a forma como o diretor do Anglo lidava com as infrações disciplinares de seus alunos durante o “recreio da tarde” nos atualiza a discussão de Manacorda sobre a influência de John Locke em Benjamin Franklin e Thomas Jefferson e seu impacto no programa da Revolução Americana já citadas nesse tópico <sup>424</sup>.

Essa hora do recreio da tarde era também a hora das execuções. Os bifes não eram lá muito rigorosos e havia pouco castigo. Verdade, também, que poucas infrações, porque nossa liberdade de ir e vir era muito grande e maior ainda o nosso bel-prazer. A educação brasileira é que tem a mania de proibir. Ali, à inglesa, quase tudo se podia. Só em casos excepcionais havia punição <sup>425</sup>.

---

<sup>424</sup> Outro recorte possível pode ser visto ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. “No final do século XIX, o pragmatismo dominava o pensamento relativo à história médica. A tendência pragmática na historiografia médica surgiu principalmente na Inglaterra, mas foi na Alemanha que, sob influência de Allbrecht von Haller, ela se desenvolveu mais. Guiada pela ideia de progresso, a história pragmática tinha uma intenção prática. Ela procurava conhecer a medicina do passado para dar ao leitor médico uma lição útil.” (ROSEN, 1980:6) Cabe salientar que ao longo do texto *O Lugar da História na Educação Médica*, as relações das primeiras experiências do ensino da história médica com os períodos históricos do Romantismo, do Iluminismo e do Humanismo em países como a Áustria, a Itália, a Espanha, a Dinamarca, a Suécia, a Rússia, os Estados Unidos, a França, a própria Alemanha e Inglaterra e a hoje República Tcheca vão sendo apresentadas e contextualizadas. Um dos exemplos de embate lançados por Rosen foi o conflito envolvendo o idealismo romântico e a ciência experimental que ele considerou ser um dos motivos que impactaram o lugar que a história ocupava na educação médica nos currículos universitários. Ou seja, os valores educacionais e culturais que permeiam o fundamento teórico do ensino médico nas faculdades e universidades são atravessados por dinâmicos acontecimentos nacionais e pela emergência de outros saberes e poderes, no caso, o avanço e o progresso das ciências experimentais. A percepção e a sistematização do uso do microscópio na observação, experimentação, coleta, comparação, catalogação e acumulação de conhecimentos práticos é um dos exemplos desse impacto. Apesar do viés hipocrático e galênico inscrito na observação e na experimentação tentando de desvencilhar das garras da metafísica, cabe lembrar o modelo de ensino baseado na leitura de textos perdurou secularmente. Uma curiosidade numa polêmica histórica: Por qual motivo nos é dito que as escolas médicas portuguesas e castelhanas se fecharam ao uso das grandes descobertas advindas da invenção do microscópio? (REGO, 20030). No país das “grandes navegações”, essa conjectura teria algo a ver com as religiões que vedavam, por exemplo, a violação de cadáveres e o consequente desdobramento do ensino e da prática da anatomia? Ou será que são justamente esses impasses, disputas, violações às regras impostas a partir de práticas anônimas e rearranjos de interesse que compõem as lacunas de uma historiografia linear e evolutiva? No que diz respeito a nossa pesquisa lembremo-nos da comemoração da Liga de Anatomia e Cirurgia da UFC sobre a chancela de cadáveres para o ensino da morfologia e o “avanço” da anatomia no estado do Ceará numa postagem de 6 de Setembro de 2016.

<sup>425</sup> Sobre uma problematização dos castigos na educação do caráter durante o processo educacional e os postulados da teoria educacional moderna, ver: RUSSELL, Bertrand. **Sobre a Educação**. São Paulo: Unesp, 2014. A partir de uma experiência pessoal com o filho, o filósofo pondera “Quando mandei meu filho de 3 anos para passar as manhãs em uma escola Montessori, percebi que ele logo se tornou um ser humano mais disciplinado e que acedia alegremente às regras da escola. Mas ele não sentia nenhuma coação externa: as regras eram como as regras de um jogo, obedecidas como uma forma de diversão. A ideia antiga era de que as crianças possivelmente não tinham *desejo* de aprender e só podiam ser

Copiar. Era a chamada imposition. O Jones usava esse recurso coercitivo para vingar-se das gargalhadas. Os ingleses (educados no fagging de suas escolas, onde os alunos maiores escravizam os menores até que estes adquiram forças para surrar seus donos e por sua vez cominarem a servidão a um mais fraco, os dois grupos – faggers e faggeds – sujeitos à pancadaria dada pelos professores) – os ingleses, eu ia dizendo, tinham a mão um pouco leve e, apesar de saberem a coisa proibida no nosso regime escolar, de vez em quando ariscavam taponar.

(NAVA, 1973:163)

Toda essa referência pessoal pode ser percebida numa movimentação maior como a apontada por Demerval Saviani (2013) na sua História das Ideias Pedagógicas do Brasil. Apresentando a experiência de Manuel Bergstron Lourenço Filho e as bases psicológicas do movimento renovador escola novista, Saviani registra a relação entre esse movimento os seus reflexos na renovação didática ocorrida no final do século XIX em colégios particulares de origem norte-americana instaladas no Brasil. O Colégio progresso, do Rio de Janeiro, a Escola Americana da Capital Paulista e o Colégio Piracicabano, de Piracicaba. Saviani aponta uma curiosidade no registro de Lourenço Filho em seu livro *Introdução ao Estudo da Escola Nova*: O fato dele ter destacado, em suas análises, algumas experiências de ensino particulares enquanto o Manifesto escola novista produzido pelo Movimento da Escola Nova teria como objetivo principal a reconstrução educacional dos sistemas públicos. Esse objetivo seria, segundo Saviani, a marca da particularidade e da singularidade brasileira no seio da experiência e do ideário escola novista em suas manifestações na Europa e nos Estados Unidos.

Costurando o espectro dessas análises percebemos que a experiência inglesa vivenciada por Nava no seu Anglo foi talvez uma das experiências embrionárias e esparsas da didática e do ensino de cunho inglês em sociedades em que predominavam a influência europeia como a mineira.

Outro importante educador que sofreu influências do pensamento norte-americano e os transpôs para a educação foi Anísio Teixeira. Demerval Saviani pondera as duas viagens feitas por Teixeira aos Estados Unidos, a primeira em 1927, a segunda em 1929, foram decisivas na sua formação pedagógica. A partir dessas essas

---

compelidas ao aprendizado por meio do terror. Descobriu-se que isso se dava inteiramente à inépcia na pedagogia. Se dividirmos o que precisa ser aprendido – ler e escrever, por exemplo – em estágios adequados, cada estágio pode se tornar agradável para a criança média” (RUSSEL, 2014: 27). Noutro momento, assevera Russell “De minha parte, creio que os castigos têm um papel muito pequeno na educação; e duvido que precisem ser severos”. (RUSSEL, 2014; 140)

experiências, Anísio Teixeira escreveu livros como o *Aspectos americanos da educação*, publicado em 1928. Nesse livro, o autor:

(...) relata os resultados de sua viagem, apresentando comentários sobre estabelecimentos de ensino, órgãos de administração, edifícios, métodos práticos de ensino, currículo flexível e variado, vida estudantil, além da primeira sistematização da concepção de Dewey. Com certeza foi essa experiência que o motivou a retornar aos Estados Unidos em 1929 para realizar o mestrado na Universidade de Columbia, ocasião em que fez estudos com Dewey. Após o seu retorno ao Brasil, traduziu dois ensaios de John Dewey. “A criança e o programa escolar” e “Interesse e esforço”, reunidos no livro *Vida e Educação*, publicado em 1930 com uma introdução por ele redigida. E em 1933 publicou o livro *Educação Progressiva: uma introdução à filosofia da educação*, declaradamente filiado ao pensamento pedagógico de John Dewey. A partir da 5ª edição do livro, publicada em 1968, o título do livro foi invertido, passando a ser *Pequena introdução à filosofia da educação: a escola progressiva ou a transformação da escola*. (SAVIANI: 2013; 228)

Em mais uma obra histórica sobre o tema, Franco Cambi realizou uma movimentação histórica colocando em tela uma sucessão de momentos até chegarmos no escolanovismo de John Dewey são apontados as relações entre o positivismo e o socialismo no trato da questão a educação na sociedade industrial e seus rebatimentos na França, a Inglaterra e na Itália, a pedagogia do positivismo italiano, os socialistas utópicos, Marx e Engels na pedagogia, a pedagogização da sociedade e o crescimento das instituições educativas, a escola no século XXI europeu, o nascimento da pedagogia científica e experimental, as tensões pedagógicas do fim de século a partir de Nietzsche e Dilthey, Bergson e Sorel. A passagem da virada do século XXI para o século XX num arco que compreende até os anos 50 assinala as escolas novas e as ideologias da educação, os séculos das crianças e das mulheres, das massas e da técnica, a renovação da escola e da pedagogia ativista, as escolas novas e a educação ativa, as experiências na Itália, nos EUA e na Europa, os teóricos do ativismo: Decroly, Claparède, Ferrière e Montessori, o idealismo e as novas teorias pedagógicas, o atualismo e o pensamento pedagógico de Giovanni Gentile, a pedagogia do neoidealismo italiano e chega em John Dewey ao ponderar sobre as relações sobre o pragmatismo e o instrumentalismo afirma que o norte americano.

Dewey foi o maior pedagogo do século XX: o teórico mais orgânico de um novo modelo de pedagogia, nutrido pelas diversas ciências da educação, o experimentalista mais crítico da educação nova, que delineou inclusive suas insuficiências e desvios; o intelectual mais sensível ao papel político da pedagogia e da educação, vistas como chaves mestras de uma sociedade democrática. Além disso, o pensamento pedagógico de Dewey difundiu-se no mundo inteiro e operou em toda parte uma profunda transformação.

Alimentando debates e experimentações e a reposição da pedagogia no centro do desenvolvimento cultural contemporâneo nos vários países, como ocorreu, exemplarmente, na Itália no segundo pós-guerra, quando pela obra de Codignola e da sua revista *Scuola e Città*, originou um intenso confronto em torno dos temas da política educativa e escolar, e também da teoria pedagógica, em chave ao mesmo tempo científica e democrática. Mas Dewey, cumpre lembrar, além de grande pedagogo ( teórico e prático) foi também ( e antes ainda) um grande filósofo, que desenvolveu a lição do pragmatismo americano rumo a resultados racionalista- críticos, metodológicos e ético-políticos, conotados no sentido instrumentalista, isto é ligados a uma ideia de razão aberta, colocada como instrumento na complexa dinâmica da experiência, individual e histórica. (CAMBI: 1999; 546)

Desse pequeno apanhado vejamos como a experiência de Nava no contexto da fundação de uma biblioteca num curso de Medicina , pode ajudar a pensar a essa questão.

No Beira-Mar, quarto volume de suas memórias Pedro Nava relata a atuação do professor José Baeta Viana. Na passagem veremos como as correntes europeias e norte-americanas se davam no seio acadêmico e profissional da medicina. Uma movimentação longa que ziguezagueou pela revolução francesa e norte- americana, o escolanovismo no Brasil, as reflexões de um Lourenço Filho acerca de colégios particulares norte-americanos, a vivência de Nava em colégios que possuíam essa ascendência social e cultural, as reflexões de um m Anísio Teixeira a partir do contato com pensadores pragmatistas como John Dewey, a influência no americano mundo afora e, agora, a atualização descontínua dessa linhas numa experiência com um Pedro Nava já imerso no mundo da medicina. E a todo um campo de forças que procuramos esboçar. Ele vai dos cruzamentos, experiências e vivencias pessoais e históricas até aqui articuladas até a emergência de uma medicina baseada em evidências ou a uma educação baseada na comunidade institucionalizados pelo núcleo de educação médica do curso de Medicina da UFC à entidades e organizações norte-americanas no momento.<sup>426</sup>

Foi mais ou menos por esta época que o clube começou a ser frequentado por José Baeta Viana, professor da Faculdade de Medicina que eu pegara no primeiro ano como preparador da Cadeira de Química. Como ele fosse muito dado, conversado e amigo dos moços nosso roda tratou de acolher a simpática figura. Nesse tempo ele estava às voltas com a fundação de uma

---

<sup>426</sup> Ver o relato de uma experiência do Núcleo de Educação Médica do Curso de Medicina da UFC , coordenado pelo atual reitor da UFC, Henry de Holanda Campos. O núcleo atua em parceria institucional com o Instituto Norte Americano FAIMER ( Foundation for Advancement on Medical Education and Research) da Filadélfia. A experiência alencarina, “Educação baseada na comunidade: a experiência do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará” integra a coletânea: CAMPOS, Henry de Holanda (org) **Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: aprendendo com a experiência brasileira**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2014.

Biblioteca na Faculdade de Medicina e tinha conseguido espaço para instalá-la, no porão, embaixo das salas onde funcionava a Microbiologia. Vi suas primeiras estantes, os primeiros livros que por doativo foram começar a enchê-las. Muitos exemplares do Testut, do Gley, do Branca, do Mathias Duval, do Chantemesse e Podwyssotsky – descarregados de suas casas por médicos e professores que queriam se ver livres desses cartapácios veneráveis. Também as primeiras revistas e livros americanos que iam auxiliar o Baeta a trabalhar em favor do pragmatismo que ele conseguiu implantar na mentalidade de seus sequazes. Seus alunos passavam por verdadeira *bourrage de crâne* nas aulas de Química onde se aprendia exemplarmente a matéria e também a execrar a Europa e sua decadência, a admirar superlativamente os Estados Unidos e sua onisciência. Também ele fazia um trabalho de cupim ou de coral às avessas para desmontar nossas concepções sobre a prática da Medicina – a Clínica – que ele mostrava como amontoado de erros para só dar valor ao que podíamos ter da Química, da Física, da Microbiologia e da Anatomia Patológica. Sob sua orientação se formaram vários cientistas. Ele tentou aliciar-me no princípio e conquistar-me para a Pesquisa e a Experimentação. Era difícil pois a essa época eu já era interno de Ari Ferreira e estava moldado definitivamente para a Observação e para o exercício da Clínica. Além disso eu via com olhos suspicazes o apostolado dum homem que dizia horrores da Europa, que achava a latinidade decadente, que não entendia patavina de literatura ou de arte. Nesse último terreno ele só era audível e interessante quando falava de música. Mas nem isso me convenceu pois eu já tinha lido em Afrânio Peixoto como certas qualidades de espírito mostram às vezes surpreendente vocação para esta arte ou para as matemáticas. Não. Passamos a nos cultivar como amigos e depois de algumas esfregas deixamos de conversar Medicina. Caso perdido, continuei a admirar a Europa e a fazer o diagnóstico das doenças do estômago sem exame químico do suco gástrico e a julgar perfeitamente das do fígado e da vesícula sem fazer os doentes passarem pelo suplício das tubagens duodenais. (NAVA: 1979; 317-8)

Realizada essa discussão de fundo, atentemos mais diretamente ao que é tornado visível na educação médica.

## **8.2 Narrativas dos estudantes de medicina a partir das relações saber e poder**

No livro *Retratos da Formação Médica nos novos cenários de prática*, Maria Inês Nogueira (2014) partiu de duas hipóteses: a formação médica atual encontra-se estruturada e tensionada pelas proposições de dois projetos distintos: um projeto tecnocientífico e um projeto ético-humanista; no Brasil se reconhece o SUS como superfície de emergência de novas demandas que podem alavancar as transformações requeridas na educação médica. Tais hipóteses, segundo a pesquisadora, mostraram-se válidas ao término do seu trabalho.

Na discussão e análise das narrativas educacionais médicas. Nele as narrativas dos estudantes de medicina serão interrogadas a partir da análise das relações entre poderes e saberes que atravessam o campo da educação médica. Os desafios, os conflitos, os impasses, as hesitações e as descontinuidades ganham vida nessas narrativas.

### **8.3 O estudante de medicina: entre a academia e o mercado de trabalho**

Em seguida, perfilaremos trajetória do estudante que culmina na sua inserção no mercado de trabalho do complexo industrial da saúde. Tema complexo e delicado envolve o sentido da formação do estudante. Quais interesses sociais e mercantis permeiam as concepções práticas e teóricas da sua formação acadêmica e universitário? Como as empresas, as universidades, os centros e laboratórios de pesquisa atuam no imaginário do estudante e futuro profissional médico?

O trabalho de Jadere Lampert aborda essa questão da passagem do mundo universitário ao mundo do trabalho. Quais os valores, competências, habilidades são exercitados com o objetivo de adentra o mercado de trabalho. A autora demonstra que existem, pelo menos, duas grandes perspectivas e eixos. Uma tradição mais liberal voltada aos objetivo capitalistas individuais e hospitalocêntricos e uma outra postura mais humanista voltada a atender as necessidades básicas da população.

A autora se centra em dados que abrangem todo o país. Uma visão panorâmica que precisa e pode ser complementada num contexto de desigualdades regionais. É o que faremos e o que mais seguiremos de perto a partir da análise do processo de interiorização do estudante de medicina médico no estado do Ceará e as possibilidades de sua alocação no mercado de trabalho..

#### **8.3.1 O problema**

Diversas e constantes são as reportagens e matérias que tematizam a Medicina em nosso imaginário cotidiano. Os temas médicos são acobertados de forma abrangente em nosso universo editorial, científico e midiático. No entanto,

raramente somos brindados com uma problematização, ou mesmo com um debate crítico sobre as diversas nuances, premissas e posições que nos são lançadas nesse mercado de informações. Um assunto muito lido, muito comentado, mas pouco desafiado pela leiga opinião pública. Essa relação hierárquica e vertical, como se pode imaginar, é muito controversa. Por essa razão, vamos adensar um assunto específico. Detalhá-lo e evidenciá-lo sob o manto de uma polêmica.

O Conselho Federal de Medicina publicou uma nota institucional afirmando que as novas regras adotadas pelo Ministério da Educação para abertura de novos cursos de medicina são insuficientes para reduzir a desigualdade no acesso e distribuição de médicos pelo país <sup>427</sup>.

Segundo o presidente da entidade, Roberto d'Ávila, para alterar o quadro de falta de profissionais em algumas regiões, é preciso mudar a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) para criar uma carreira de Estado para o médico. O Brasil precisa de médicos bem formados, bem qualificados e bem capacitados. Essa é uma medida que pode ajudar, a longo prazo, o preenchimento de vazios assistências, mas não podemos esquecer da qualificação do corpo docente destas escolas", afirmou d'Ávila, no comunicado.

Entre as dificuldades da abertura de novos cursos apontadas pela entidade estão o transporte de professores qualificados para o interior de alguns estados, e a garantia do acesso de estudantes a hospitais de ensino com infraestrutura adequada para a formação.

Por outro lado, o CFM elogiou o fato de o anúncio do MEC deixar claro que a demanda social será um dos principais critérios para a decisão de criação de novos curso de medicina.

E, de forma interessante aquilata a questão da seguinte forma "A abertura indiscriminada de cursos, especialmente privados, é uma preocupação do CFM. Não somos contrários desde que seja comprovada a necessidade social, ocorra o

---

<sup>427</sup> Ver o site do Instituto latino Americano de Planejamento Educacional. <http://www.ilape.edu.br/noticias/383-nova-regra-do-mec-para-cursos-de-medicina-e-insuficiente-diz-cfm> publicado em 07 Fevereiro de 2013. Segundo o CFM, hoje o Brasil tem 197 escolas e 209 cursos de medicina (o segundo maior número de escolas do mundo na área, perdendo apenas para a Índia). Esses números, de acordo com a entidade, seriam suficientes para suprir a demanda por médicos no país.



preenchimento de todos os critérios do MEC e exista a garantia da qualidade de ensino, com vagas para a residência médica", defendeu o presidente do conselho.

Como seriam pactuadas e calculadas política e cientificamente as taxas de oferta e demanda por novas vagas nas faculdades públicas e privadas de Medicina no estado do Ceará?. Vejamos como opera a relação entre demanda e oferta de vagas de profissionais médicos nesse mercado de trabalho<sup>428</sup>.

Os  **cursos de medicina** da Universidade Federais do Ceará (UFC) e de faculdades privadas ficaram fora da lista das instituições que vão ampliar o número de vagas até 2013. A decisão do Ministério da Educação (MEC) foi anunciada nesta sexta-feira (8) no Diário Oficial da União. Ao todo, serão abertas **2.415 vagas** em 24 instituições pelo Brasil. Deste total, **1.615 vagas** serão alocadas em universidades federais contempladas na portaria desta sexta. Outras **800** ficarão em escolas privadas. "Nenhuma instituição cearense consta na lista do MEC porque há dez anos o Ceará se antecipou e inaugurou dois novos cursos no interior do Estado, um em Sobral e outro em Barbalha, ampliando, assim, os números de vagas", explica o diretor do Curso de Medicina da UFC, José Luciano Bezerra. Ainda de acordo com José Luciano, atualmente existem seis instituições, entre públicas e privadas, que oferecem vagas para o curso de medicina em todo o Ceará. Por ano, **a UFC forma 160 médicos em Fortaleza, 80 em Sobral e 80 em Barbalha. O Ceará coloca no mercado 320 profissionais.** As instituições contempladas com a ampliação de vagas no Nordeste têm uma média 160 médicos formados por ano. [Grifos meus]

Contudo, nesse trabalho nosso recorte problematiza um outro aspecto da questão Médica. Tratamos de aprofundar o debate sobre o aspecto e a característica espacial da questão subentendida e naturalizada no debate. Questionar aquilo é dado como natural e familiar. Questionar algo tido como inquestionável visto que é tido como elementar e óbvio.

Como problematizar, nesse sentido, os questionamentos dirigidos à falta de estrutura e de transporte ligados a situação e a inserção dos médicos no mercado de trabalho no interior do estado do Ceará? Será que os motivos tradicionalmente elencados para definir, explicar e interpretar essa deficiência são suficientes e condizem com a realidade vivida? Essa "falta" não estaria sendo subavaliada? Ou seja, será que a questão espacial foi suficientemente levada em consideração? Por qual motivo

---

<sup>428</sup> Matéria "Ceará não é contemplado em aumento de vagas em Medicina" publicada no jornal Tribuna do Ceará de autoria de Rafael Luiz de Azevedo, em 8 de Junho de 2012, que versava sobre a oferta de vagas para o ano de 2013.

médicos que se formam no interior do estado <sup>429</sup> não desejariam ou pretenderiam trabalhar nos locais de formação?

A própria forma como a informação nos é ventilada revela alguns indícios que merecem ser considerados. Notemos que a matéria versa sobre a demanda na contratação de médicos e professores. Não se menciona a contratação de professores de Medicina para as faculdades públicas e privadas no interior do estado do Ceará. Isso indica uma naturalização espacial das relações entre capital e interior. Pressupõe que todos os que transitam na esfera médica, prefeririam trabalhar na Capital e não no interior. O velho êxodo profissional estaria apenas se reproduzindo.

As vantagens e desvantagens entre a Capital e Interior são consenso entre os profissionais. Nas grandes cidades do Interior está bom de viver observa o médico Pedro Alberto Freire Filho, formado há dois anos. Os aspectos negativos são a falta de cursos de capacitação e de estrutura adequada nas unidades públicas”.

Sabendo que o Brasil sobre uma inversão nesse “êxodo” e que está em curso uma interiorização do desenvolvimento, seria interessante observarmos que o aspecto espacial do mercado de trabalho médico não deve ser reduzido ao conceito de cobertura institucional, embora esse aspecto deva ser levado em consideração.

O que viria a ser cobertura institucional e por qual motivo não podemos confundi-la com o que pretendemos tratar nesse trabalho?. EL-HAJ (1991; 203) apontou o nível de cobertura institucional como uma espécie de teste de institucionalização. Observou o autor que “o nível de cobertura institucional no interior do Estado representou o último teste de institucionalização. A cobertura é determinada pelo alcance espacial das instituições públicas no Estado”. Vinte e dois anos após essa análise, debatemos questões congêneres no mesmo estado do Ceará aqui se teria promovido uma Reforma Sanitária. E, assim como a matéria em 2013

---

<sup>429</sup> Cabe um estudo mais aprofundado sobre o tema da interiorização do mercado de trabalho médico, a formação médica, a inclusão profissional do médico e do ensino superior voltado a Medicina no Ceará. Matérias envolvendo o tema da economia da saúde e o transporte médico veiculados em diversos suportes midiáticos podem atestar essa necessidade. O Povo, o Diário do Nordeste, a Folha de São Paulo, o Brasil 247, e o Guaraciaba do Norte blog spot nos servirão aqui de exemplo. Em 2 de Setembro de 2013, a Folha de São Paulo publicou a matéria “Com falta de médicos, hospital em Sobral( CE) busca de avião profissionais em Fortaleza”. No mesmo dia, o blog do Eliomar do Jornal o Povo reforçou o tema “Folha fala sobre transporte de médicos, por via aérea, para Hospital de Sobral”. No mesmo 2 de Setembro, o site Brasil 247 publicou “No Ceará médicos só vão a hospital de jatinho”. Em 17 de Julho de 2013, um blog da região Norte publica “Fortaleza- Sobral: médicos vão de avião trabalhar no hospital”. Mais recentemente, em 26 de Agosto de 2015, o Diário do Nordeste voltou a abordar o tema, dois anos depois. “Viagens encarecem o custeio do Hospital Regional de Sobral”.

apontava a questão das relações entre capital e interior, por qual motivo, naquela época, o alcance espacial deveria ser levado em consideração?

Da capital, é praticamente impossível o acompanhamento das políticas locais, particularmente no Ceará, um Estado caracterizado por barreiras geográficas e relativa precariedade nas estradas rurais. Além disso, há o desgaste físico dos técnicos, e o custo de deslocamento extremamente elevado acarreta gastos excessivos, assim desviando verbas valiosas das ações estritamente do domínio da saúde pública. (EL HAJ, 1991; 204)

A questão da infraestrutura já era colocada. O autor afirmava que “A dificuldade ainda é aumentada pela precariedade da infraestrutura das Dires e pelas deficiências da mobilidade dos técnicos entre os municípios nas suas áreas de cobertura.” (EL HAJ; 1991:205).

Sob o aval da Ciência Política norte-americana, cita o autor a questão da formação médica e das faculdades de medicina a partir do depoimento de uma ex-secretária de saúde do Estado do Ceará durante o governo de Ciro Gomes (1991-1995). Ana Maria Cavalcante assevera sobre a questão que:

As próprias faculdades de medicina não escaparam das críticas. A formação médica foi apontada como outra causa da lacuna dos recursos humanos disponíveis nas instituições públicas. O paradigma curativo-hospitalar predominante nas faculdades de medicina enfatiza a especialização dos profissionais e a completa submissão às exigências do mercado de trabalho. O modelo hospitalar oferece a estes profissionais oportunidades de lucro infinitamente superiores à saúde pública e à prevenção. A tendência hospitalar é reforçada pelo crescimento do setor médico empresarial e sua propensão à maximização dos lucros. O afastamento dos médicos da saúde pública e, especificamente, dos diversos municípios do Estado, como consequência da realidade econômica e estrutura dos mercados de trabalho, levou a ESP a assumir as responsabilidades pelo treinamento dos médicos recém-graduados nos pilares da saúde pública. Esta missão assumiu o lugar de destaque na fundação da ESP, como ressaltado por Ana Maria : “E o nível superior, não como escola de graduação, mas pegar especialização naquilo que o serviço necessita, formar gerentes de saúde. O primeiro curso foi o de gerentes dos sistemas locais, esse que já está no 2 ano de gestão local (ABU-EL-HAJ, 1999;171)

Seguindo essa linha de raciocínio apresentaremos a seguir cinco aspectos chamam a atenção sobre a natureza do espaço médico e suas relações com o mercado de trabalho. Em cada um deles, perceberemos qual a principal tese esposada e a sua relação com o tema central de nosso trabalho em que são tematizadas as reflexões sobre o mercado de trabalho e o ensino superior em Medicina no estado do Ceará.

#### 8.4 A hegemonia estatística na problematização espacial da questão médica

Como apontou SANTOS (2012), a negligência ao trato da questão espacial inscrita nesse debate aponta para o obscurecimento de seu mapeamento num contexto de acumulação do capital e interiorização do desenvolvimento.

Sendo uma discussão composta por diversos lados, o debate parece obedecer, nalguns momentos a uma mesma lógica e matriz de pensamento. É o que podemos observar na argumentação da socióloga Walquíria Leão Rego no artigo “Corporativismo Médico e Miséria Moral”. Nele, a autora critica o corporativismo médico e a falta de compromisso ético dos médicos com seus concidadãos. Atenta para o problema da saúde na sua forma maiúscula, informa que

Justíssima a posição de vários deles de dizer que o crônico problema da Saúde Pública no Brasil não se resolve apenas com mais médicos, mas com investimentos vultosos em postos de saúde, hospitais e equipamentos médicos. No entanto, as pesquisas mostram que isso não é tudo. O jornal O Estado de S. Paulo exibiu em suas páginas uma reportagem, no dia 14 de julho/2013, com a seguinte informação: “Número de médicos não segue crescimento de infraestrutura. Nos últimos cinco anos, a infraestrutura de Saúde no Brasil cresceu em ritmo mais acelerado do que o número de médicos que atendem a população.” Ainda mais, demonstra graficamente a grande defasagem entre as duas variáveis. Ou seja, existem hospitais fechados por ausência de médicos dispostos a trabalhar neles e as populações dessas cidades têm de enfrentar viagens longas para ter acesso a uma consulta em uma cidade maior. Muitas destas travessias terminam com a morte precoce de pessoas que não suportaram a viagem. E as periferias e hiperperiferias urbanas têm a mesma carência de médicos. Tornou-se comum aos doentes esperarem horas, às vezes dias, depois de viajar nos malfadados ônibus lotados e chegarem aos postos de saúde e não encontrarem médicos (REGO, 2000)

Logo em seguida recai “etnocentricamente” na questão estatística ao afirmar que:

Muitos médicos com quem converso há anos sobre isso atribuem esta atitude ao tipo de formação profissional que as atuais faculdades de medicina fornecem aos seus estudantes, ou seja, as escolas formam mentes excessivamente voltadas para o mercado, para as especialidades mais rentáveis, e ignoram as necessidades do País e de seu povo. Como se sabe, muitos países adotam a contratação de médicos estrangeiros, uma vez diagnosticada a carência destes profissionais. Vejamos os nossos dados sobre a distribuição dos médicos pelo território nacional. Segundo o Ministério da Saúde, existe no País 1,8 médico por mil habitantes, ao passo que na Argentina a fração é 3,2; no Uruguai, 3,7; em Portugal, 3,9, e na Grã-Bretanha, 2,7. Portugal, que tem 4 médicos por mil habitantes, tem um programa de atração de médicos cubanos, hondurenhos e costa-riquenhos para atender nas regiões rurais. Dezesete por cento dos médicos que atuam no Canadá são estrangeiros; em algumas províncias, o número chega a 60%. Lá se atrai o médico sem a validação do diploma. (REGO, 2000)

Na exposição de motivos encaminhada à Presidência da República, percebemos a mesma linha de argumentação. Nela se afirma que o Brasil possui 359.691 médicos ativos e apresenta uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes, conforme dados primários obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que têm sistemas universais de saúde, a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7 (*Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS).

Curiosamente, a exposição abre uma possibilidade interpretativa e metodológica alternativa ao afirmar que não existe um parâmetro ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmente.

Não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmente. Para tanto, utiliza-se como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica. Nesse cenário, para que o Brasil alcance a mesma relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos. Mantendo-se a taxa atual de crescimento do número de médicos no país, o atingimento dessa meta só será viável em 2035.

Mas, como se pode perceber, a argumentação recai sobre a mesma fundamentação ontológica. Por isso, termina por se distanciar e se eximir de uma investigação mais aprofundada acerca dos frágeis pressupostos espaciais que norteiam a leitura do quadro esboçado.

A distribuição dos médicos estratificada e setORIZADA pelas regiões do país demonstra uma grande desigualdade sócio-espacial no quesito relação médico/habitante. Boa parte dos estados da federação apresenta uma quantidade de médicos abaixo da média nacional. Mas o que se entende por média nacional no quesito médico/habitante se boa parte dos estados da federação brasileira apresentam uma média inferior à média nacional? Certamente a questão não se resume a uma sofisticada compreensão estatística da questão.

Assim como apresentado na exposição dos motivos a favor do Mais Médicos, as posições políticas e científicas contrárias ao Programa se valem, na forma e no conteúdo, de argumentações similares àquelas que seriam na prática, suas teses adversárias. As diversas reportagens encampam uma curiosa e similar aproximação e semelhança argumentativa. Questões de fundo sobre a natureza ontológica do espaço em que se inscreve o mercado de trabalho médico são mais uma, vez deixadas de lado. Assim é que os argumentos favoráveis e contrários à política governamental de Programas como Mais Médicos terminam por se alinhar da mesma forma sobre esse eixo.

Fato é que no dia 20 de Maio de 2013, o site da Veja chama a matéria intitulada “Brasil tem menos médicos que demais países emergentes” da seguinte forma.

Nas regiões Norte e Nordeste, número de médicos se aproxima aos de alguns dos países mais pobres do mundo, como Iraque, Índia, Vietnã e Guatemala, segundo dados divulgados hoje pela Organização Mundial da Saúde. Dados divulgados nesta segunda-feira pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na abertura de sua assembleia anual, em Genebra, revelam que a proporção de médicos por habitantes no Brasil é menor que a dos demais países emergentes e corresponde a cerca da metade dos europeus. No Norte e Nordeste, as taxas se aproximam às de alguns dos países mais pobres do mundo.

Servindo normalmente como uma base de dados estatísticos confiáveis que são utilizadas pelos mais diferentes matizes políticos está a Organização Mundial da Saúde. A apresentação das informações da entidade é muito afinada e aproximada à forma como a Revista Veja acabou de abordar o assunto.

Como poderia alguém perceber a diferença de posicionamento político entre as duas entidades? Será que elas pensam da mesma forma os dados que expõe? Será que a forma e o conteúdo com a qual uma informação é relatada revela algo sobre o ponto de vista de quem está informando?

Segundo a OMS, há 17,6 médicos no Brasil para cada 10.000 pessoas. A média dos outros países emergentes é de 17,8, e a do continente americano, mais de 20. A comparação com os países ricos revela a distância entre o Brasil e as economias desenvolvidas. Em geral, existem duas vezes mais médicos na Europa que no Brasil — são 33,3 para cada 10.000 habitantes. A Áustria tem 48 médicos a cada 10.000 cidadãos, contra 40 na Suíça, 37 na Bélgica, 34 na Dinamarca, 33 na França, 36 na Alemanha e 38 na Itália. Sem resolver o déficit de mão-de-obra, o governo brasileiro decidiu importar médicos cubanos, sem a qualificação necessária.

Da mesma forma apresentada na exposição de motivos desenvolvida pelos defensores do Mais Médicos, seus detratores também salientam a *questão da disparidade*. Tangenciando o problema, porém, a discussão volta a ser intocada e a mergulhar no ostracismo. As desvantagens e os inconvenientes inscritos na hegemonia dessa forma de percepção e apresentação saltam aos olhos.

A fragilidade e a superficialidade do uso de um critério matemático, estatístico, formal, burocrático e administrativo se acostumou a padronizar uma relação muito complexa, sutil e nuançada: a quantidade médico/habitante. É aqui justamente onde deságuam as vantagens e os inconvenientes dessa estratégia. Essas ilusões tenazes são constantemente provocadas e desafiadas pelos múltiplos e diversos Brasis. Múltiplos, diversos e irredutíveis como chama a atenção a própria Organização Mundial da Saúde.

O que chama a atenção da OMS são as diferentes realidades no Brasil. No Sudeste, por exemplo, há 26 médicos por 10.000 habitantes, taxa superior à dos Estados Unidos (24), Canadá (20) e Japão (21). Mas, nos estados do Norte, são 10 médicos para cada 10.000 pessoas, abaixo da média nacional de países como Trinidad e Tobago, Tunísia, Tuvalu, Vietnã, Guatemala, El Salvador ou Albânia. No Nordeste, a taxa é de 12 médicos para cada 10.000 pessoas — no Maranhão, chega a 7 médicos por 10.000, taxa equivalente à da Índia ou do Iraque. A situação mais dramática, porém, é na África, com apenas 2,5 médicos para cada 10.000 habitantes. (OMS, 2013)

Notavelmente a situação é sinalizada. Permanece, porém, adormecida sob o leito regulativo do pensamento estatístico. Em nome de uma visão panorâmica num país de dimensões continentais e multifacetadas, a apresentação do problema, sob o paradigma estatístico, resvala na negligência das nuances, dos detalhes e das múltiplas variações fenomênicas da questão.

## **8.5 A inserção desse debate numa conjuntura territorial**

O estado do Ceará pertence à Região Nordeste dentro de um contexto da Divisão Inter-regional do mercado de trabalho no Brasil tal como apontada por Brandão e Oliveira(2005)<sup>ii</sup>. Os indicadores sócio-espaciais e econômicos indicam um maior carência de mão-de-obra especializada nos mais diversos setores da economia do estado do Ceará. O Norte e o Nordeste apresentam indicadores inferiores ao cenário apresentado nas demais regiões do país. O Sul e o Sudeste, aparecem figurando os



melhores índices tal como há muito tempo vêm se registrando na história das políticas de saúde no Brasil.

O tema da desigualdade regional de raízes celso-furtadianas servem aqui a um duplo papel. O papel crítico e o papel da repetição inocente e ingênua da abordagem crítica acerca do problema da desigualdade regional existente no Brasil. O efeito colateral desse tipo de abordagem é o de que sejamos inundados por constatações óbvias. Tão históricas e sabidas quanto intocadas. Num país de dimensões continentais, com milhares de municípios onde se falam mais de 200 línguas e convivem povos e culturas tão diversos, é compreensível que sempre se tenha muito a fazer para resolver seus entraves e impasses. O Ceará, por exemplo, estado pobre de uma região subdesenvolvida situada num país emergente de um mundo globalizado, deve ter paciência para resolver estruturalmente seus problemas sociais, culturais, ambientais, políticos e econômicos. A abordagem corre o risco de fazer com que o excesso de lucidez histórica possa fazer adormecer a emergência de uma situação calamitosa. Insustentável há muito tempo. O alegado preconceito do sul e do sudeste frente ao Norte-Nordeste é apenas a outra face da mesma moeda dessa intrigante questão.

Outra forma muito interessante de abordar a falta de discussão acerca da natureza ontológica do espaço diz respeito à localização institucional dos cursos de Medicina num quadro mais geral de concorrência universitária. Como a procura dos cursos de Medicina é auferida frente aos demais cursos do sistema de ensino federal das universidades públicas? Como é exercitada a produção estatística dessa concorrência a partir da localização e identificação dos cursos de Medicina dentro do Sistema Federal Público de Ensino Superior?

Uma matéria que versa sobre o fato do curso de Medicina no Ceará ser o mais concorrido no SISU segundo o ministério da Educação aponta para esse fenômeno e bem pode nos servir de exemplo<sup>430</sup>. Ela afirma ainda que entre os 10 cursos universitários federais mais disputados, apenas dois não são cursos de Medicina. Entre os dez cursos mais concorridos no Sisu, oito são de medicina, um de direito e outro de psicologia. O curso mais concorrido no momento, segundo o MEC, é medicina na UFC

---

<sup>430</sup> A instituição de ensino mais procurada no Sisu, segundo dados desta terça, é a UFC (Universidade Federal do Ceará), com 135.188 inscrições para 6.258 vagas. No total, 88.194 candidatos manifestaram interesse pela universidade. **Ver em <http://www.ufac.br/portal/news/curso-de-medicina-da-ufac-e-o-quinco-mais-concorrido-do-pais>.**

(Universidade Federal do Ceará), com 9.748 inscritos para 140 vagas e nota de corte de 781,82.

Numa tsunami de dados, somos informados ainda que o segundo curso mais concorrido é o curso de medicina na UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Ele possuía 67 vagas disputadas por 7.027 candidatos, com nota de corte de 819,27. Essa era a nota de corte mais alta naquele momento, seguida pela do curso de Medicina na UFU (Universidade Federal de Uberlândia) que atingira a performance de 813,03.

A espacialização e a territorialização acompanham o ranking da demanda sobre os cursos de medicina espalhados pelo Brasil. Na sequência na lista dos cursos mais cobiçados são elencados os de Medicina na UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora), Direito na UFRJ, Medicina na UFAC (Universidade Federal do Acre), Medicina na UFPel (Universidade Federal de Pelotas), Medicina na UFCSPA (Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre), Medicina na Unirio (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), Medicina na UFAM (Universidade Federal do Amazonas) e, por fim, Psicologia na UFRJ.

As notas dos cursos, as vagas disputadas, as notas de corte são todas apresentadas e abordadas de forma estatística. Ou seja, as grandes séries regulares e padronizadas atuam dentro de uma lógica que almeja padrões, regularidades e semelhanças. Mas, como perceber uma singularidade ou algo que escapa as grandes representações sociais sem enquadrá-las no perfil de um desvio? Como perceber aquilo que habita o coração desse grande sistema de representações sociais que só atenta para fenômenos que se apresenta de forma panorâmica e linear? É o que exercitaremos a seguir.

## **8.6 O convite estatístico ao mercado de trabalho dos futuros médicos**

A econometria e a estatística das grandes séries regulares e padronizadas tendem a reduzir, simplificar e enfatizar aspectos não relacionáveis como é o caso do uso da chamada “Hipótese Jacobs”. No exemplo em que nos debruçamos, é analisada a situação em que a influência do espaço na diferenciação da taxa salarial

no Brasil seria avaliada a partir do papel de uma cidade como o motor do crescimento econômico, tal como proposto por Galinari, Lemos e Amaral(2006).

Isso possibilitaria um debate mais aprofundado sobre a relação entre as “variáveis” que são utilizadas nesses modelos de estudo que amparam a produção de estatísticas para organismos como a ONU e a UNESCO. Simulações e análises como essa permitiriam adensar melhor uma série de aspectos que circunscrevem nosso debate. O percentual de médicos por habitante, o percentual de professores de medicina, a relação entre esse percentual e a carência desses “bens e serviços” voltados a população num contexto de construção e exercício dos hospitais regionais, são exemplos dessas variáveis passíveis de simulação e análise para verificar o seu potencial de implantação numa dada região do país.

Contudo, muitas experiências interessantes e que poderiam fazer revolver toda essa lógica estatizante e mercantilizante parece aflorar no seio em questão. É quando devemos cuidar para que o singular não seja absorvido pelos conceitos de “desvio”, “norma”, “padrão” ou “exceção”.

O pensamento estatístico é exercitado sobre os contextos mais diversos. Dos grandes aos pequenos conjuntos. No universo dos pequenos conjuntos, até mesmo o tempo de espera a um atendimento médico, ou o tempo médio em que dura uma consulta médica já foram estudados e monitorados por Marins (2011). Ainda assim, nesse campo intenso nos deparamos com informações e notícias que podem nos fazer repensar toda uma lógica de procedimento nesse campo.

Uma matéria do Jornal da UFC de Novembro de 2013 chamou a atenção para as implicações éticas, sociais, culturais e políticas do que vimos apresentando até o momento<sup>431</sup>.

Resumidamente a matéria narra a seguinte história. Jovens humildes, oriundos do interior do estado do Ceará e que estudaram em escolas públicas passaram em cursos tidos como elitizados – como o de Medicina - da Universidade Federal do Ceará através do Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM).

O caso é que um desses jovens estudantes foi aprovado em Medicina nos cursos do interior. Em virtude da política pública de cotas nas universidades, obteve

---

<sup>431</sup> Título da Matéria “Entrei na UFC pelas Cotas. E agora?. Conheça a história de Mayko, Henrique e Camille, que fazem parte da primeira geração de cotistas da UFC. Com aplicação da Lei de Cotas irá crescer a partir de 2014.

um “bônus governamental” e assim garantiu seu ingresso no curso da Capital, local de um dos cursos de Medicina mais concorridos do país, como vimos anteriormente noutro tópico.

O episódio, como se percebe, escapa completamente à rede das grandes representações sociais. Assediado pelo rótulo da exceção, resvala numa série de estereótipos: humilde, interiorano, aluno de escola de pública. O acontecimento, porém, vibra em intensidade, se descola e se desgarrá dessas tentativas de enquadramento social, político, cultural e econômico.

Isso porque o estudante que obteve êxito em Medicina não parece ter exercitado um histórico escolar “genial”, participado de Olimpíadas, conquistado bolsa de estudos nos grandes colégios particulares da Capital. Nada disso constava na sua história pessoal ou curricular e escolar. Ele tentou, em duas oportunidades o ENEM, até obter êxito. Em todas as ocasiões, estudara por conta própria, de forma autônoma.

A matéria emoldurou o mérito do rapaz a partir da Política das Cotas. Voltamos ao terreno das estatísticas. Ao final da matéria, no entanto, somos brindados com uma interessante declaração de uma professora da UFC sobre o acontecimento. Ela descontrói o mito de que esses alunos puxariam o nível de rendimento para baixo das turmas. E num raciocínio correlato, descontruía também a falsa imagem de que se trataria de um benefício, de um privilégio, de um populismo que grassaria pelo campo da educação permitindo o acesso a pessoas incompetentes. A intervenção da professora é lapidar” Não existe essa barreira. Em geral, são alunos muito dedicados, interessados, participativos e determinados. É um pessoal que sabe o que quer”.

Extraindo as abstratas gramáticas do “em geral” e do “é um pessoal”, percebe-se a intensa subjetivação e descrição do plano emocional e ético dessas pessoas. Dedicção, interesse, participação e determinação pulam do plano dos grandes números e representações sociais para uma abordagem mais colada à realidade concreta e cotidiana dessas experiências.

O acontecimento singular<sup>432</sup> consegue se emancipar das garras estatizantes e mercantilizantes ainda que sob um atento olhar institucionalizador. Feita a análise problematizadora da hipótese Jacobs, passemos agora ao segundo item do tópico: o convite ao mercado de trabalho dos futuros médicos.

---

<sup>432</sup> Tal abordagem no campo da teoria sociológica foi exercitada por Gabriel Tarde (1980) e Georg Simmel (2011)

O segundo fascículo do encarte “ Profissão & Carreira: conhece-te a ti mesmo?” promovido pelo Jornal O Povo, fruto de uma parceria interinstitucional entre a Fundação Demócrito Rocha e a Universidade Aberta do Nordeste.

A publicação de Setembro de 2015 e voltada ao público jovem abordou o tema da Medicina entre as possíveis profissões desejadas na seção “ Zapeando”. Após abordar administrativamente a “ importância de se conhecer para fazer uma boa escolha da profissão”, perguntar retoricamente “ o que você teria orgulho de ser?” e tematizar quase psicopedagogicamente os “universos da identidade pessoal e identidade profissional” culmina num suspiro “ mergulho em si mesmo” dedicando uma seção nada nietzchiana ao “ conhecendo meus valores”. O encarte dedica uma seção a várias profissões: Engenharia de Software, Engenharia Mecânica, Comunicação Social/Jornalismo, Secretariado Executivo, Engenharia de Energias Renováveis, Oceanografia e Matemática Industrial. Uma delas é a Medicina e a profissão de Médico.

A apresentação é segmentada em dois momentos. O momento do tópico “ fia a dica” e o desfecho com o tópico “ partiu”. A linguagem moderna, voltada aos jovens, não oculta o peso tradicional das áreas científicas e especializações mais automaticamente associadas à Medicina. Assim é que as áreas de Filosofia, Antropologia, Sociologia, Ciência Política, Economia e Direito não são sequer mencionadas. Numa época em que ocorre um intenso processo de judicialização da saúde ( Direito), em que se vislumbra a possibilidade de votação de um polêmico imposto voltado à Saúde ( Economia), e em que o sangue Yanomami retornava ao Brasil ( Filosofia Bioética) é, no mínimo curioso, que tais áreas disciplinares não compareçam a essa apresentação. Em se tratando, de uma formação acadêmica humanista e crítica, exercita-se a ausência de uma referência mais contextualizada ao Projeto Político- Pedagógico do curso , ou mesmo de uma abordagem que situasse sócio-educacionalmente a Medicina frente aos demais campos de saber e de poder numa abordagem mais moderna, democrática e interdisciplinar.

Ainda somados a esses aspectos, a ligeira menção à saúde comunitária, o contexto de implementação da reforma curricular do ensino e currículo médico em todo o país até o ano de 2018, também seria necessária para que suas lacunas não fossem consideradas literalmente sintomáticas. Após uma panorâmica sondagem vocacional, as habilidades técnicas e existenciais necessárias para a atuação de um

pretendente a profissional médico são catalogadas e registradas. Noutro fulminante e apressado movimento, ficamos atualizados sobre as características do curso. A questão disciplinar e a grade curricular acadêmica do curso de Medicina, dentro do universo temático da Medicina ensinada nas universidades são esboçadas. No conjunto do texto, o tópico “fica a dica” é assim desenhado ao grande público leitor:

Se você decidiu escolher a medicina como profissão de sua vida, já deve ter consciência das dores e delícias que encontrará em sua trajetória acadêmica e profissional. Examinar, diagnosticar, tratar e/ou curar pessoas é uma grande responsabilidade que exige estudo e dedicação. Na faculdade, as aulas serão teorias, práticas e de campo, com visitas a centros e postos de saúde. Nos quatro primeiros anos, se debruçará nos conhecimentos de anatomia, fisiologia, sistemas cardiovascular, respiratório e digestório, imunopatologia, doenças infecciosas e outros. Já nos dois últimos anos de curso, entrará em regime de internato nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, obstétrica e de saúde comunitária. Acha que acabou? Ainda não. Depois de formado, sua habilitação será de médico generalista ou de clínico geral, e mais dois anos de residência médica são necessárias caso queira se especializar em uma das mais de 60 áreas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Segundo, no tópico “partiu”, somos informados acerca das áreas de atuação do futuro profissional médico. Ao final, um convite ao mercado de trabalho no interior do estado é dirigido e timbrado aos recém-formados doutores

Depois de seis anos, sem contar os de especializações e cursos adicionais, o graduado em medicina terá vasta área de mercado para trabalhar, como clínicas, hospitais, ambulatórios, emergências, empresas, unidades de terapia intensiva, laboratórios, institutos de pesquisa, instituições esportivas e, claro, a docência. Entre as áreas de atuação do especialista estão: pediatria, ginecologia, oftalmologia, pneumologia, cardiologia, dermatologia etc. O campo de trabalho nas cidades do interior são bem-convidativos aos recém-formados, pois é possível aliar bons salários e qualidade de vida.

Para que esse convite se torne possível e o laureado, se torne legalizado e socialmente aceito é preciso que as relações tecidas entre a emergência da medicina e a constituição do estado brasileiro acionassem mecanismos sociais, culturais e, políticos acionam alguns mecanismos simbólicos que confirmam status a uma posição muito presente no imaginário de uma sociedade escravocrata, machista e patrimonialista como a brasileira.

Um desses mecanismos reside na ritualização e na ontologia do ser médico e do juramento de Hipócrates. São esses mecanismos disputados e atualizados entre o

profano e o sagrado que serão passados em revista. Logo a seguir. Antes dela, uma observação deve ser realizada na passagem de um tópico ao outro.

Alguns autores<sup>433</sup> realizaram pesquisas empíricas e problematizam as relações existentes entre a formação médica, as diretrizes curriculares nacionais e o mundo do trabalho fazendo referências feitas à Pré- História e à Idade Antiga na Medica. Os autores consideram que foi na Idade Média e no início da Idade Moderna em que a Medicina teria consolidado o seu atual formato básico. Entre a era pré-capitalista e a capitalista, eles saltam a de uma vez para passar a considerar a Reforma Flexner e seus desdobramentos no ensino médico.

Partindo desse formato alguns estudos demonstrariam que o médico tem sua origem na classe média e é permeado por ideais burgueses tais como a “ obtenção do lucro e a minimização do estado”. O autor não relaciona a sua discussão com interrogações mais profundas e pertinentes<sup>434</sup>..

Apesar disso, nos parece acertar quando associam o avanço tecnológico, a inércia pedagógica do saber médico, os conceitos pedagógicos vigentes no século XX tais como a intradisciplinaridade, a centralização do saber no docente, a valorização da memorização e da reprodução de informações e a descontextualização entre blocos básicos e profissionais.

Segundo os dados compilados e cruzados pelo autor a partir do Conselho Federal de Medicina, do IBGE e da OCDE temos a seguinte configuração na relação médico por habitante no país. São dados anteriores ao Programa Mais Médicos e podem ser comparados com eles oportunamente e com alguns dos dados já apresentados nesse tópico noutras fontes, perspectivas e lapsos temporais .

Em 14 de Janeiro de 2010, estimava-se que havia no Brasil 344 034 médicos para uma população estimada em 192 334 260 habitantes. Desses dados, resulta uma relação média de 559 habitantes por médico, mas há grande diversidade e desigualdade de distribuição entre as regiões do país: Norte ( 883 hab/médico), Nordeste ( 813 hab /médico), Sul ( 468 hab/ médico), Centro-Oeste ( 443 hab/médico) e Sudeste ( 359 hab/médico). Há que destacar a média de algumas unidades da federação: São Paulo ( 360 hab/ médico), Rio de Janeiro ( 260 hab/ médico) e Distrito Federal ( 212 hab/ médico). Para efeito de comparação, em 2008, a proporção de habitantes/

---

<sup>433</sup> Ver BATISTA, Nildo. MACEDO, Douglas Henrique. O Mundo do Trabalho na Graduação Médica. In: SONZOGNO, Maria Cecília. SEIFFERT, Otilia Maria Barbosa. **Ensino em Ciências da Saúde: formação e prática profissional**. São Paulo: Fap- Unifesp, 2015. Pp 197-211.

<sup>434</sup> Ver KURZ, Robert. **Estatismo e Monetarismo no processo histórico da modernidade**. IN. O Colapso da Modernização: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. Pp 27-41.



médicos em Cuba, Suíça, Reino Unido e Canadá era, retrospectivamente, 156, 256, 400 e 454” ( BATISTA e MACEDO, 2015; 201)

Mais uma vez retomamos as observações alicerçadas em grandes séries estatísticas. Elas encobrem realidades múltiplas e infinitesimais. Não se pode guardar algum otimismo em relação ao estado da saúde pública e, muito menos, da cobertura privada em locais como São Paulo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal visto que eles mantêm médias melhores do que os demais entes federativos, estaduais e municipais. E preciso afunilar e sofisticar a capilarização e o nível de profundidade, estilo de método de abordagem e análise assim como a ostensividade, complexidade e delicadeza dessas sondagens e relacioná-las de volta às macro perspectivas.

Além desse mapeamento geográfico e das entrevistas realizadas<sup>435</sup>, outro aspecto ventilado pelos autores é a influência no processo de desumanização da medicina e a paulatina perda da autonomia médica frente aos empresários ou grupos empresariais que detém a posse de recursos econômicos para influenciar os rumos das pesquisas, investigações e intervenções da medicina atual. Caracterizado o que chama de “ relação médico-empresário-doente” que tem como pano de fundo a relação existente entre o imobilismo pedagógico e o avanço científico no modo de produção capitalista. Atravessam essa relação questões trabalhistas, tributárias e previdenciárias no campo do exercício profissional do médico, a preparação dos recém-egressos para o mundo do trabalho durante a graduação e o planejamento e a expectativa dos recém – egressos em relação ao mundo do trabalho. São cinco as grandes formas que o jovem médico terá para se inserir no mercado de trabalho: empregado ( celetista), autônomo, cooperado, pessoa jurídica e servidor público. Esta última forma apresenta quatro subtipos: empregado público (celetista), estatutário, agente temporário e militar.

---

<sup>435</sup> Conforme nos indica os autores, a entrevista de cunho descritivo-exploratória e transversal foi apresentada inicialmente a 69 médicos residentes num hospital quaternário em São Paulo. Visto que 38 destes, preencheram os critérios de exclusão da pesquisa e 5 não terem devolvido o questionário, a pesquisa analisou os 26 restantes. O questionário continha questões do tipo Likert e do tipo “certo-errado”. Foram selecionados de forma não probabilística por conveniência e o tamanho da amostra pelo critério de saturação. A entrevista tangenciou tópicos como Diretrizes Nacionais Curriculares, formação médica, código de ética médica, consolidação das leis trabalhistas, funcionalismo público, cooperativismo médico, seguridade social e privada, tributação, caráter liberal da profissão médica e planejamento da carreira.

Essas questões sintetizam toda a discussão do tópico vista até esse momento final. Ela foi apenas mesclada à questão pedagógica mais geral. Vejamos agora uma questão ritual<sup>436</sup> que possui desdobramentos com essas alusões

## 8.7 O Ser Médico e O juramento de Hipócrates

Vamos ressoar duas questões nesse tópico: a formação ética do estudante de medicina<sup>437</sup> e o Juramento de Hipócrates ritualizado na passagem no momento estudante para o mundo médico profissional. O ser e o dever ser médico problematizados. Em postagem do dia 4 de Setembro de 2016, a DENEM tematizou a criação do código de ética do estudante de medicina e observou que

Você sabia que o Código de Ética do Estudante de Medicina está sendo criado? O Código de Ética do Estudante de Medicina está em processo de construção, que tem sido coordenada pelo Conselho Federal de Medicina e conta com diversas entidades médicas em sua comissão elaboradora. A DENEM faz parte dessa comissão e tem atuado para que esse código seja elaborado de maneira coletiva, democrática e condizente com a realidade dos estudantes de medicina pelo país. Essa cartilha se dedica a explicar os motivos da elaboração de um código como esse, como a DENEM tem agido na comissão elaboradora e em que pé da construção do código estamos! Quer saber mais? Também tem informações de contato na cartilha! É só procurar a gente para saber como participar. Divulguem essa cartilha nas suas escolas e venham construir uma formação ética humanizada e ética!

Questão importante, Rego (2003) apresentando pesquisas realizadas nos Estados Unidos e no Brasil aponta que o direito do paciente de saber se está sendo atendido por um médico formado ou por um estudante está sendo desrespeitado em muitos casos. Sendo os estágios extracurriculares espaços privilegiados na formação profissional e socialização dos futuros médicos. Nesse espaço a aplicação prática dos princípios e valores morais e éticos profissionais atravessam o cotidiano. Ou seja, quais

---

<sup>436</sup> Diz Nava no Galo das Trevas, associando o juramento de Hipócrates ao batismo, à crisma, aos remédios e à “profissionalidade”: TU ÉS MÉDICO. Batismo. Crismou quatro dias depois, no consultório, retomando no doente a insuflação interrompida pelo acidente. E ele não se acovardara. Mas seu armário agora estava enriquecido da bateria das ampolas de esparteína, cafeína, óleo canforado e daquela coisa novidade revolucionária naqueles tempos: lobelina. Quem se lembra? Hoje, desses remédios. Ele dera mais um passo na *profissionalidade*. Já se falou atrás sobre essa palavra. É um americanismo que diz tudo. Distingue o profissional dos de fora, dos leigos e mais – o verdadeiro profissional, que o é na alma, do profissional sub – que só tem disto o título e a casca.“ (NAVA, 2006: 353)

<sup>437</sup> Ver REGO, Sergio. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida( dos outros) nas mãos.** Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2003.

os valores são ensinados, demonstrados, sugeridos e difundidos ao longo do processo de formação de um estudante de medicina até o momento em que ele legaliza a sua atuação profissional com plenos poderes, sagrados e profanos, de médico. Cabe, portanto, a observação.

O quadro a seguir compara os resultados obtidos com os referentes a estudantes de medicina nos Estados Unidos que foram publicados por Cohen et al (1988). Nele, é possível observar que, a despeito da rígida lei contra a má prática profissional lá existente, 28,9% dos estudantes informaram não se identificar como tal ao iniciar um atendimento, bem como não solicitaram o consentimento para o atendimento. Entre os estudantes brasileiros, por sua vez, os resultados são bem menos animadores – mesmo os alunos no quarto ano médico já se identificam como médicos em seus estágios, apesar de terem comportamento bastante diferenciado quando se trata de atendimentos na faculdade. (REGO, 2003:69)

Logo em seguida, o autor apresenta uma discussão e uma fundamentação metodológica para as hipóteses encontradas naquela coleta de dados da amostra tematizada. A comparação entre as realidades americanas e brasileiras são enquadradas num campo de leitura atento. O autor salienta os riscos da generalização dessa hipótese, caso seja ela estendida e expandida ao universo mais amplo de todas as escolas médicas brasileiras. Contudo, apesar das hesitações, reservas e cautelas a situação realmente parece ser grave, pelo menos, nesse quesito. Parece que voltamos aí as quatro perguntas centrais que preenchem a cartilha da executiva nacional. A primeira: porque precisamos de um código de ética para os estudantes? A segunda: como a DENEM se posiciona em relação à elaboração do código?. A terceira: como está sendo a elaboração desse código? E a quarta e última questão: por que a DENEM acredita ser importante disputar a construção do código?

A comparação entre esses dados não pode ser feita de maneira irresponsável. O estudo de Cohen foi um *survey*, com diversas escolas médicas envolvidas. O estudo brasileiro foi um estudo de caso, cujos resultados não devem ser entendidos como representativos da totalidade das escolas médicas brasileiras. Todavia, considerando-se que a faculdade em questão é considerada uma das melhores<sup>438</sup> de nosso país, não há elementos para supor que o quadro em

---

<sup>438</sup> Segue link de um ranking realizado em 2015 sobre as faculdades de Medicina do país. <http://ruf.folha.uol.com.br/2015/ranking-de-cursos/medicina/>. Nesse ranking a Universidade de São Paulo (USP) figura em primeiro e a Universidade Federal do Ceará (UFC), em décimo terceiro lugar de um total de 188 faculdades ranqueadas. O ranking aqui utilizado foi o RUF ( Ranking Universitário da Folha). Ele avalia faculdades públicas e privadas, mapeia uma avaliação do mercado, a qualidade do ensino, o Doutorado e o Mestrado, o ENADE, os professores com dedicação integral e parcial e um mal explicado critério: os avaliadores do MEC. O Centro Universitário CHRISTUS/ UNICHRISTUS ocupa a (74ª) septuagésima quarta posição. A Universidade Estadual do Ceará ocupa a ( 80 ° ) octagésima posição. A Universidade Federal do Cariri ( UFCA) ocupa a ( 91 ª ) nonagésima primeira posição. A Universidade

outras faculdades seja muito diferente do aqui relatado, o que temos comprovado através de inúmeros contatos com alunos de todos os estados nos diversos Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina e Congressos Brasileiros de Educação Médica que frequentamos nos últimos 10 anos (REGO, 2003; 69)

Perfilando essa negligência estudantil apresentada na ocultação de informações tão elementares e essenciais à relação médico-paciente, uma atitude vertical, personalista e autoritária, segundo acompanhamos aqui, e lembrando a chamada da DENEM para a questão da construção coletiva e democrática do código de ética dos estudantes de medicina vejamos a questão do juramento. O juramento é o ritual solene em que formalmente o estudante passa a ser médico. Claro que pelo que vimos discutindo até aqui percebemos que se trata de todo um processo. Mas, haja visto o peso simbólico do momento e da investidura social, cultural e jurídica que envolve esse ritual resolvemos escavar uma problematização acerca dos fundamentos filosóficos, sociais e culturais da ideia e da prática do ritual do juramento.

Pedro Nava relata a sua colação de grau ao final do seu Beira-Mar<sup>439</sup>. Numa sem cerimônia discreta, o autor precisava do diploma para ser nomeado em cargo público. As relações de poder estão inscritas também nesse momento solene que o autor expõe com sensível crueza o seu ritual hipocrático<sup>440</sup>.

---

de Fortaleza ( UNIFOR) ocupa a ( 121<sup>a</sup>) a centésima vigésima primeira posição. A Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte ( FMJ) ocupa a ( 185<sup>a</sup>) centésima octagésima quinta posição.

<sup>439</sup> Uma pequena variação estilística pode ser encontrada no volume seguinte, Galo das Trevas. Nesse volume, Nava comenta ainda que “não há nada que não tenha visto em sua profissão, o alto papel de ser médico, seu exame de consciência enquanto tal e em relação aos seus alunos, se posiciona criticamente diante de práticas como a Eutanásia e o Aborto e retoma os mandamentos do Pai da Medicina”, expressões encontradas nas páginas 76 e 77. Ele fala ainda sobre, as dificuldades e a ignorância inscrita para desafiar os “adversários que a Medicina tão cedo não resolverá ( NAVA, 2006: 72), a duríssima vida de médico (p. 92) e critica aqueles que querem cobrar honorários milionários na profissão ( p.92)

<sup>440</sup> Segue duas outras observações de Nava envolvendo o Juramento de Hipócrates distribuídas e esparsadas noutros volumes de suas memórias mostrando a importância simbólica e cultural do ritual. Na primeira, as relações de poder e saber na sua formação acadêmica e uma observação crítica sobre o sistema universitário e as faculdades de medicina. “Grifei acima meu título de *voluntário* do Internato porque os efetivos eram escolhidos entre alunos mais ou menos ligados ao *establishment*. Entre eles, um ou outro já destinado de cedo à assistência efetiva, à sucessão nas cátedras. Esse ou aquele *voluntário* conseguia, às vezes, transpor o muro – por real valor, por muita habilidade, ou por aliança. Aliás esse quadro é o de todas as faculdades de medicina e está na definição de quase todas as grandes carreiras médicas. É sancionado no “Juramento de Hipócrates” quando se promete ensinar os segredos da Arte só aos próprios filhos, aos dos mestres, aos vinculados por um compromisso mas – a nenhum outro.... (NAVA, 1979; 329)

A segunda observação foi localizada em seu último volume de memórias incompleto, o seu Cera das Almas. Nava trata aqui da questão que se dá mediante a demagogia e a hipocrisia mediante os honorários médicos e o uso retórico das citações de Hipócrates em trabalhos acadêmicos como objetivo envernizar uma erudição inexistente, mal intencionada e fragilmente atualizada. “Era sempre aceito e lá

A 10 de Janeiro, um quarto para as nove, estava na secretaria da faculdade. Estava também ali o Dr. Gastão Bhering, médico da turma de 1920 que até aquela data não colara grau, nem tirara seu título de médico. Ia fazer isto comigo. Eu estava comovido mas o Omar deitou água na fervura quando disse que o diretor mandara que a colação fosse feita perante ele, Omar. O Balena estava ocupado, acrescentou. Não estava não, porque pela porta entreaberta do seu gabinete via-se sua figura rente ao chão, de palestra com o Zoroastro e o Melo Teixeira. Era pura e simplesmente um gesto de comodismo e grosseria com o Gastão e comigo. Era como o padre, num batismo, delegasse poderes para celebrar, ao sacristão. Mas o Omar com muita dignidade pôs-se de pé diante de sua mesa, mandou-nos ficar a sua frente e procedeu à cerimônia. Tomou nossos anéis e colocou-os sobre sua pasta. O Gastão leu a adaptação corrente e vagabunda do Juramento de Hipócrates. Passou-me o papel e eu fiz a mesma coisa. Então o secretário colocou os anéis dizendo a um e depois ao outro as palavras do diretor na colação de grau: “Recebi esse anel como símbolo do grau que vos concedo. Lede e meditai as obras de Hipócrates. IDE! Podeis exercer e ensinar livremente a MEDICINA. (NAVA, 1979; 395)

A partir de um diálogo com Giorgio Agamben<sup>441</sup> problematizaremos a questão metafísica do processo de subjetivação médica. Como vai se incorporando, moldando e instaurando na personalidade de um jovem a ontológica questão do “Ser Médico” e o juramento de Hipócrates o que norteia o tópico dessa parte da investigação.

Numa arqueologia filosófica do juramento, Agamben lança a questão sobre a confusão terminológica inscrita nas análises desse ritual e a invocação dos deuses como testemunhas tal qual vimos numa singela falta de cerimônia na colação, entre quatro paredes, de Pedro Nava há pouco milenarmente profanada.

De resto, basta examinar com mais cuidado os elementos constitutivos do juramento para nos depararmos com incertezas e confusões terminológicas no mínimo surpreendentes. Uma das características do juramento a cujo respeito todos os autores, tanto antigos quanto modernos, de Cícero a Glotz, de Agostinho a Benveniste, parecem estar de acordo é a invocação dos deuses como testemunhas. Nesse sentido, no seu comentário sobre *De interpretatione* de Aristóteles,

---

seguia ele para contrariar a letra do juramento de Hipócrates: fazer da doença alheia motivo de proveito próprio e insinuar horrores contra o buzometrista da casa. E se lhe perguntavam pelos honorários, ele, que era avaro até a sordícia, dizia que não, que era de graça, que cada brasileiro era um pouco devedor de seus soldados, que ele é quem estava pagando sua parte nesta dívida nacional. Sua sabujice de enojar, subia ao quadrado na razão direta dos galões, ou ao cubo, se era o caso de estrelas. (...). Transcrevia ípsíssimo toda a bibliografia a respeito do *Index Medicus* (evidente que só a dos dois anos mais recentes – ele era médico moderníssimo – que diabo!), abria o trabalho com uma epígrafe tirada de Hipócrates, Galeno, Celso ou de Arteu (o seu Arteu, o da Capadócia) – epígrafe sempre obscura e omniservente. Estava pronto o trabalho – e eram três. Essa produção em massa é que lhe dava fama de grande cultura médica. Como na Bruzundanga só se lêem trabalhos estrangeiros e os nacionais só são escabichados pelo autor e pelos inimigos (para esculhambarem) – o expediente pegava”. (NAVA 2006 : 14-19)

<sup>441</sup> Ver. AGAMBEN, Giorgio. **O Sacramento da Linguagem: Arqueologia do Juramento**. Belo Horizonte: UFMG, 2011

Amônio<sup>442</sup> faz uma distinção entre o juramento e a asserção (*apofansis*) através do “testemunho de Deus (*martyria tou theou*). O juramento, segundo essa doutrina repetida infinitas vezes, é uma afirmação à qual se acrescenta o testemunho divino. As fórmulas imperativas *martys esto* (PIND, *Pyth* IV, 166: *karteros horkos martys estō Zeus*, “poderoso juramento seja testemunha Zeus”) ou *istō Zeus* (Il.7, 411: *horkia de Zeus istō*, “veja Zeus os juramentos”) atestadas nas fontes antigas, não parecem deixar dúvidas a respeito. Mas é de fato assim? Observou-se que o testemunho aqui analisado difere essencialmente do testemunho em sentido próprio, como o das testemunhas num processo<sup>443</sup>, pois de forma alguma pode ser contestado ou verificado (Hirzel, p.25). Não é só o número das divindades invocadas que tende a aumentar bem mais do que o número dos “deuses legais” (*nomimoi theoi ou theoi horkioi*) a ponto de incluir oito, dezesseis, e, por fim, “todos os deuses” (**conforme acontece no juramento de Hipócrates – grifos meus**), mas, às vezes, são chamados como testemunhas rios, árvores e até objetos inanimados (o “leito legítimo”, lechos kouridion – cf. Il.15,39. Em todo caso, é decisivo que no juramento não se trata de modo algum de um testemunho em sentido técnico, porque, à diferença de qualquer outro testemunho concebível ele coincide com a chamada e se realiza e acaba nela. As coisas não mudam se, conforme sugerem algumas fontes, entendermos o do deuses não como um testemunho, mas como outorga de uma garantia. Assim como o testemunho, nem sequer aqui pode ocorrer tecnicamente a fiança, nem no momento do juramento, nem depois; pressupõe-se que ela já tenha sido realizada com a profissão do juramento (Hirzel, p.27). O juramento é, portanto, um ato verbal que realiza um testemunho – ou uma garantia – independentemente do fato de eles acontecerem ou não. A fórmula acima indicada de Píndaro assume nesse caso todo o seu peso; *karteros horkos martys estō Zeus*, “poderoso juramento seja testemunha Zeus”; Zeus não é testemunha do juramento, mas juramento; testemunha e Deus coincidem no ato de proferir a fórmula. Assim como acontece em Fílon, o juramento é um *logos* que necessariamente se realiza, e este é, justamente o *logos* de Deus. O testemunho é dado pela própria linguagem, e o Deus nomeia uma potência implícita no próprio ato de palavra. Assim, o testemunho que está em questão no juramento deve ser entendido num sentido que pouco tem a ver com o que costumeiramente entendemos com o termo. Ele tem a ver não tanto com a verificação de um fato ou um evento, mas sim com o próprio significante da linguagem. Quando a propósito do juramento proposto por Heitor a Aquiles (cf. Il.22, 254-255), lemos que “os deuses serão as melhores testemunhas (*martyroi*) e vigilantes daquilo que mantém unido (*episcopoi harmoniaōn*)”, o “encaixe” (tal é o significado original do termo *harmonia*, que provém do léxico da carpintaria), de que os deuses são testemunhas e vigias, só pode ser aquele que une as palavras e as coisas, ou seja, o *logos* como tal. Uma glosa de Hesíquio<sup>444</sup> (*horkoi: desmoi sphragidos*) define os juramentos como “vínculos do sigilo” (ou sigilantes, se preferirmos a forma *sphragideis*). No mesmo sentido, no fr. 115 de Empédocles, se fala de um “decreto eterno dos deuses, sigilado com grandes juramentos” (*plateessi katesphregismenon horkois*). O vínculo que nesse caso está em jogo só pode ser aquele que liga o falante à sua palavra e, ao mesmo tempo, as palavras à realidade. Hirzel observa com razão que o testemunho divino é invocado não só para o juramento promissório, mas também para o assertório, no qual ele não parece ter sentido, a não ser que aqui esteja em jogo o próprio sentido, a própria força significante da linguagem. (cf. Hirzel, p.26). Se deixarmos de lado o problema da intervenção dos deuses como testemunhas, para

<sup>442</sup> Nota do tradutor. Amônio de Saccas (Lat: Ammonius Saccas) (175-242), filósofo grego de Alexandria, é considerado o fundador da escola neoplatônica.

<sup>443</sup> Numa coincidente linha de raciocínio, lembramos que durante um comparecimento ao tribunal para depor num julgamento, de o ritual de por as mãos sobre a Bíblia nalguns tribunais como garantia simbólica, social, cultural e política da espada jurídica sob as mãos e cabeças do depoente não garante a idoneidade daquela fala.

<sup>444</sup> Nota do tradutor. Hesíquio de Alexandria foi um gramático e lexicógrafo que, provavelmente, viveu no século V, e fez uma compilação de um rico vocabulário de termos incomuns na língua grega.

nos voltarmos para o da sua influência no caso da maldição, a situação não é menos confusa. (AGAMBEN, 2011:41-2,3)

Finalmente nessa passagem de Nava podemos ver a importância que ele atribui a Hipócrates, situado entre a medicina histórica e o seio da medicina moderna.

O Egon ficaria bestificado com o que ele conhecia de Medicina Histórica e de como ele ( para usar a expressão muito do seu agrado) “ nadava de braçada na obra de Hipócrates. Mesmo que deixara escapar o seu entusiasmo. – Doutor Adiel, igual ao senhor só conheci meu mestre do Pedro II, o velho João Ribeiro. O senhor pode discutir matemática com os matemáticos, filologia com os filólogos, filosofia com os filósofos e até medicina com os médicos. O que estou ouvindo de sua boca sobre Hipócrates me deixa de queixo caído. Vou tomar vergonha e ler sua obra – já que estou acabando de ver provar que toda a medicina moderna tem sua origem nas suas sentenças e aforismas ... Qual é? Mesmo a tradução que o senhor disse que tem ... (NAVA, 2006; 392)



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nenhuma das exposições sobre os Projetos Políticos Pedagógicos, metodologias ativas da aprendizagem, Medicina Baseada em Evidências ( BEM) e o Ensino Baseado em Problemas (PBL) examinadas percebemos uma fundamentação da necessidade das mudanças propaladas. Três exemplos empíricos e teóricos ilustram o que dissemos.

A problematização da natureza e do sentido dos reformas curriculares processadas no Império e na República não foram exercitadas nos projetos mais recentes a que tivemos acesso. A fundamentação das premissas ontológicas, lógicas e epistemológicas da forma e do conteúdo do raciocínio clínico que envolvem a BEM e a PBL, também não. Por conseguinte, as premissas do ensino médico e da educação médica não são problematizadas.

Seja lidando com o “avanço tecnológico”, seja flertando com a “promoção da saúde”, as tendências e concepções são acionadas sob a aura das superações necessárias e naturalizadas. Como se fosse imperativo sempre caminhar em frente e nunca olhar para trás.

A argumentação, em geral, são adjetivas. São os atributos, os predicados, as características que são nelas mencionados. No entanto, o sentido e a direção da necessidade das mudanças ficam intocados.

Permanecem os mesmos. Isto é, há necessidade de se mudar por que as inovações e as mudanças tecnológicas, científicas, sociais assim o exigem. São tautologias. Os projetos e suas implantações parecem latentes e auto-evidentes. A problematização dessas mudanças volta a não ser exercitada. A necessidade e a (in)suficiência do olhar muda. Mas muda como? Onde? Por quê?

Sob o signo circular do progresso e da evolução. As análises críticas interiores ao campo médico defendem uma humanização e a vida. Mas de qual humanização e de qual vida se fala, não sabemos.

Ainda que teoricamente sejam apontadas a questão do diálogo interdisciplinar e transdisciplinar, não se opera uma problematização da realização prática dessas intenções. Trata-se então, de uma descrição e de uma disposição dos

motivos. Numa palavra, a crítica, embora humanista, e bem intencionada, recai no mesmo espaço imaginário tecnocrático que visa combater e dirimir.

O neopositivismo opera assim, uma circularidade. E por isso assistimos a uma repetição dos mesmos embates e dilemas dos tempos imemoriais de Imhotep e Hipócrates<sup>445</sup> às reformas curriculares que passaram pelo Império e pela República.

As críticas se tornam fragmentadas tal qual a especialização médica uma série de tematizações fecundas se desencontram nessa miríade de informações. Assim é que, por exemplo, lhes falta um visão de perspectiva e de conjunto, mesmo quando são enaltecidos o pensamento complexo e os métodos e abordagem holistas<sup>446</sup>. Se, num dado momento, sobra o presente e falta a visão da educação médica em perspectiva histórica, num outro, pode ocorrer um contrário diverso. Isto é, a dimensão histórica é enfocada e se tenta ligar e dinamizar as possíveis relações existentes entre o passado e o presente da educação médica<sup>447</sup>. Essa perspectiva deixa escapar, porém, as premissas das lógicas ontológicas, epistemológicas e racionais que envolvem a forma e o conteúdo das racionalidades e dos raciocínios clínicos, laboratoriais e experimentais<sup>448</sup> que são sugeridos, tematizados, abordados, ensinados, aprendidos e contemplados nas implementações dos projetos e planos políticos e pedagógicos que envolvem a educação médica.

Podemos ainda presenciar outro tipo de enfoque, também ele fragmentado e especializado. É quando ocorre, por sua vez, a tentativa de esboçar as premissas dessas lógicas esquecidas no tipo de levantamento anterior. Aqui a interrogação do processo da formação humanística e da subjetividade contemporânea em medicina é um dos

---

<sup>445</sup> Ver CAIRUS, Henrique F. RIBEIRO JR. Wilson Ribeiro. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

<sup>446</sup> Sobre as relações entre o pensamento complexo e a educação, ver MORIN, Edgar. ALMEIDA, Maria da Conceição. CARVALHO, Edgar de Assis. (orgs). **Educação e Complexidade: os setes saberes e outros ensaios**. São Paulo: CORTEZ, 2007. A menção ao pensamento complexo e à Morin foi escrita na apresentação da obra LEITE, Álvaro J. M. COELHO FILHO, J.M. **Você pode me ouvir doutor? Cartas para quem escolheu ser médico**. 2 ed. Campinas: Saberes Editora, 2010. Sobre as relações entre as abordagens holísticas, a biologia da cognição, do conhecer e sua epistemologia, a autopoiesis, as neurociências e a educação através da exposição das ideias e conceitos centrais de um de seus expoentes, ver PELLANDA, Nilze Maria Campos. **Maturana & a Educação**. Belo Horizonte Autêntica, 2009. As *mudanças* paradigmáticas e seus reflexos na saúde e na educação que envolvem a crise da educação médica, a medicina e a educação podem ser visitados na tese de André Luis Peixinho. Ver PEIXINHO, André Luiz. **Educação Médica – o desafio de sua transformação**. (Tese de Doutorado. Salvador: Faculdade de Educação da UFBA, 2001).

<sup>447</sup> Ver AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil**. (Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ. 2007)

<sup>448</sup> Ver BRÉHIER, Émile. **A teoria dos incorporais no estoicismo antigo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

seus exemplos mais curiosamente psicanalíticos da questão. Contudo, ele é exercitado em detrimento dos outros aspectos históricos, sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais que envolvem a educação médica <sup>449</sup>.

Exemplo em perspectiva histórica dessa falta de problematização pode ser vislumbrado a partir da observação de uma constatação de Pedro Nava acerca das relações entre os saberes e poderes científicos e a Medicina.

Adotei os conselhos do querido amigo da Diretoria de Higiene e nunca deixei até hoje de preparar um trabalho médico ou uma lição sem tomar da literatura mais moderno e conter seus entusiasmos, vindo a partir dos clássicos, como nosso saber é provisório, como as doutrinas se modificam e se sucedem. Vivemos no engano. O certo hoje é o errado de amanhã... O errado de hoje já foi o certo de ontem... Em cinquenta anos de formado o que eu tenho visto de idas e voltas, de modas e doenças vedetes, do que é atirado nos socavões para reaparecer depois reespanado como última novidade.... (NAVA, 1979; 294)

Outra passagem de Nava, agora relatando o início de sua atividade docente, mantém a expressão. Nava revela em letras e vogais garrafais o que, segundo ele, constitui o segredo da medicina.

Além das verdades, procura transmitir a seus primeiros discípulos as dúvidas que já o assaltavam. Em pouco tempo de estudo e exercício já assistira mutações, modas ascendentes, modas em declínio. Já sabia que a verdade de hoje pode ser o erro de amanhã. Que quase sempre é assim. Que toda a Arte Médica estando em constante reformulação e reforma, tudo que é atual e moderno é duvidoso e esconde uma mentira ou um engano que os tempos vão tornar aparentes. Que a Medicina é, assim, instável – a construção duma cidade sobre solo em terremoto permanente. Que disso nascem a insegurança íntima do médico e uma espécie de angústia ruim que o habita – e altera sua alma. (...) O SEGREDO DA MEDICINA É QUE TODAS AS DOENÇAS SÃO INCURÁVEIS. A cura, a cicatriz já pode ser outra doença. (NAVA, 2006; 377)

Proposições tautológicas e argumentos circulares tais como “o certo hoje é o errado de amanhã e o errado de hoje já foi o certo de ontem” foram analisadas Emile Brehier. Perscrutando as controvérsias entre estóicos e epicuristas acerca da natureza do signo, das relações de uma proposição com a verdade, tangenciando as observações de Aristóteles <sup>450</sup>, as observações crítica de Galeno frente a relação entre a linguagem e os

---

<sup>449</sup> Ver RIOS, Izabel Cristina. **Subjetividade Contemporânea na Educação Médica: a formação humanística em Medicina.** ( Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2010).

<sup>450</sup> Para salvaguardar uma aproximação temática com algumas das principais Ligas Acadêmicas que discutimos aqui como aquelas que lidam com saberes e poderes geriátricos, mas que, na verdade, se trata de uma questão maior que culmina na controvérsia gerada pela lógica paraconsistente frente as premissas lógicas de corte aristotélico. Ver, por exemplo, as observações de Aristóteles sobre a relação entre o sentido e os sensíveis, a memória, o sono, a vigília, os sonhos, a longevidade e a efemeridade da vida, a

fatos e percebendo as bases nas quais se fundamenta algumas das premissas e dos pressupostos da lógica indutiva moderna a que já aludimos nesse trabalho ao problematizarmos as relações entre o método indiciário, a medicina baseada em evidência, a aprendizagem baseada em problemas, as metodologias ativas de aprendizagem real e virtual e o método clínico centrado na pessoa. Brehier situando uma mínima fagulha de todo um campo problemático e movediço frente ao qual só extrairemos uma pátina de sua lembrança. Averiguando a insuficiência original da lógica estoica expressa no âmbito da teoria do exprimível na teoria do juízo e do raciocínio. No espectro da preocupação dos estoicos da relação de uma proposição verdadeira<sup>451</sup> com o tempo amparada na ideia de que “o verdadeiro não atinge sempre o permanente, mas se modifica constantemente, em razão da mudança perpétua dos acontecimentos.

É essa natureza da proposição verdadeira que, segundo Alexandre de Afrodísia, permite aos estoicos conciliar a contingência dos acontecimentos com a ordem do destino. Eis aqui o argumento que parece bem singular: a proposição “existirá amanhã uma batalha naval” é verdadeira se um acontecimento idêntico for determinado pelo destino. Mas ela não é necessária, por exemplo, pois *deixará de ser verdadeira depois de amanhã* (grifos meus). A razão profunda dessa sutileza é que o necessário é concebido apenas como um fato ou um acontecimento permanente, enquanto o verdadeiro nada mais é que um acontecimento passageiro e fugitivo, que pode se tornar falso. Alguns estoicos parecem estar preocupados com tal relação da proposição verdadeira com o tempo. (BRÉHIER, 2012; 52).

Acaso tentássemos sair do risco de um naufrágio prometido por essa batalha naval e privilegiássemos um enfoque curricular, trocaríamos uma visão mais colada e imanente por outra mais panorâmica e transcendente<sup>452</sup>. Os sinais não se anulam, antes

---

juventude, a velhice, a vida, a morte, a respiração e o alento. ARISTÓTELES. **Parva Naturalia**. São Paulo: Edipro, 2012.

<sup>452</sup> Ver um dos trabalhos mais próximos ao “ideal” de articulação que abordamos, ver BATISTA, Nildo Alves. **Educação Médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015. Sobre as perspectivas e reformas curriculares mais recentes no campo da educação médica, ver LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2009. Sobre o tema, ver ainda, STREIT, Derly Silva (org). **10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012. Segue, por último, um exemplo interessante de discussão que tenta acionar e discutir a avaliação curricular em educação médica utilizando alguns referenciais oriundos da maquinaria conceitual do campo educacional, sociológico e filosófico. O trabalho, fica, porém; também circunscrito e preso ao imaginário epistêmico médico. Isso por que o tema e o objeto da pesquisa, a “Epistemologia, metodologia e prática de um modelo cartográfico de avaliação curricular em educação médica”, embora acene flertar para a crítica dos seus pressupostos; termina por realizando, na verdade, uma instrumentalização prática. Assistimos assim a uma automatização e internalização daquilo que supostamente se pretendia analisar. Ou seja, é dado como dado a emergência de um objeto a que se insinuava e visava criticar. Ver LIRA,

se complementam na divisão social dos trabalhos acadêmicos que versam sobre a educação médica.

Nesse sentido, as ligas acadêmicas de medicina funcionam na divisão social do trabalho, do ensino, da pesquisa, da prática e da especialização dos saberes e poderes médicos. São laços de interesse mútuos voltados à antecipação acadêmica. Depois profissional. E finalmente, especializada.

Essas características andam juntas desde sempre. Apenas para fins didáticos, formais e rituais as sequenciamos desta forma. Por exemplo: quando se perguntou aos estudantes em qual área da medicina se pretendia especializar<sup>453</sup>, nenhum das respostas contemplou a possibilidade da não especialização. Nenhum dos estudantes interrogou ou questionou o papel e o impacto da especialização na sua formação médica. Mesmo algo anterior e interior ao próprio campo médico, a formação generalista, prevista nos projetos políticos pedagógicos, não foi mencionado. Chamamos a atenção para o fato de que a formação generalista ainda opera sob o signo da interdisciplinaridade e não da transdisciplinaridade. Em suma, as diferentes respostas sobrevoaram as intenções futuras sem questionar a especialização médica.

Psiquiatria ou Geriatria – afinidades pessoais. (...) Não decidi ainda. (...) Ainda não escolhi a área que quero me especializar. Como ainda estou na metade do curso, ainda há muita coisa a ser vista e avaliada, sendo muito cedo para já ter determinado minha escolha. (...) Embora ainda ache cedo pra definir em que desejo ingressar, tenho maior curiosidade e identificação pelas áreas da Psiquiatria e da Geriatria. (...) não sei (...). Não tenho a área definida ainda. (...) Ainda não é possível saber em qual área irei me especializar, pois, provavelmente, vivenciaremos um pouco mais a realidade de cada área apenas no internato. Áreas de interesse no momento: geriatria, infectologia, medicina de emergência.

Vamos interrogar o presente novamente, agora considerando as dimensões do desejo e do desafio. Após perguntarmos aos estudantes das ligas quais disciplinas mais gostam. Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes? Vejamos o que nos dizem:

---

Geison Vasconcelos . **Epistemologia, Metodologia e Prática de um Modelo Cartográfico de Avaliação Curricular em Educação Médica.** ( Tese de Doutorado/Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará), 2010.

<sup>453</sup> Pergunta 8 (oito) **Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?**

Semiologia é a principal, pois é a arte de conseguir o maior número de informações, elaborar um raciocínio diagnóstico e decidir qual exame será preciso pedir apenas com entrevista e exame físico. Outra essencial é emergência, pois conforme a organização de saúde no Brasil, acaba que são as emergências que são carentes e estão de portas abertas para receber os recém formados. E também a habilidade de comunicação, assunto urgente dentro das escolas médicas. Semiologia se destaca por ter um semestre inteiro dedicado ao assunto, porém os dois últimos assuntos só recebem atenção durante os últimos dois meses da fase clínica, pré-internato. (...) A- Fisiologia e Farmacologia; B- Anatomia, fisiologia e farmacologia; C- Farmacologia (...) Aprecio muito as disciplinas que abordam a clínica, pois é com isso que vamos nos deparar no cotidiano dos postos de saúde. Acho que elas são muito importantes para nos formar como bons generalistas. O mais desafiante para mim são as disciplinas cirúrgicas, pois requerem muito conhecimento anatômico e habilidade do aluno. (...) Cardiologia (clínica e cirurgia), Psiquiatria, Geriatria. Cardiologia, Psiquiatria, Nefrologia, Endocrinologia e Geriatria. Cardiologia e endocrinologia. (...) não sei ainda, pois sou do 1 semestre (...) Até agora a que mais apreciei foi Nefrologia. A mais importante considero as básicas, como anatomia, histologia, patologia. A mais desafiante foi Nefrologia e Ginecologia. (...) A disciplina de semiologia pode ser considerada a mais importante da faculdade, pois é a base de todas as outras<sup>454</sup>. As disciplinas que mais me entusiasmaram foram as de Doenças Infecciosas, Nefrologia e Urologia.

Uma última vez recorreremos à Nava. Ele compara a sua época de estudante com as novas gerações a partir das mudanças da semiologia física, ramificação anterior uma das disciplinas mais mencionadas nas respostas dos estudantes. Exercitando uma crítica ao presente e apresentando o estado da arte médica, as formas e conteúdos do conhecimento que era retransmitido na faculdade a sua época, os impasses, desafios, obstáculos e superações frente a um campo disciplinar são desposadas percorrendo uma análise detalhada e, ao mesmo tempo, abrangente. Vamos acompanhá-lo nesse percurso. Ele vai do furacão de uma multiplicidade empírica a uma serena lucidez conceitual.

Quando eu me iniciei no estudo da clínica, há cinquenta e três anos, o auxílio do laboratório e dos raios- X era incipiente de modo que nossa semiologia física tinha de ser levada às últimas consequências. Tínhamos de aprender a conversar bem com o doente, a olhá-lo melhor, a palpá-lo, percutí-lo e auscultá-lo com um capricho que as gerações atuais desprezam ou ignoram. (...) A quantidade de matéria em salmigondis que o professor queria que metéssemos cabeça adentro (...) Recordo seus ensinamentos sobre os ruídos da respiração normal, os aumentados ou diminuídos, as diferenças anotadas na criança, no adulto, no velho. O valor da expiração prolongada, do sopro tubário, da respiração rude, do sopro cavernoso, da pectorilóquia, da tosse. Do sinal da moeda. Quando o homem entrou nos estertores eu perdi o pé completamente. Entendi erradamente que cada um tinha valor patognômico e duvidei que me fosse possível aprender a distinguir com minhas incultas orelhas tudo que foi mencionado. Era demais, era como nadar nos planisférios celestes catando estrelas. Como me achar? dentro daquela tempestade de estertores vibrantes, bolhosos, secos, de duração curta,

---

<sup>454</sup> Para Pedro Nava é a Anatomia, a disciplina que ocupa a função de base de todas as demais.

tonalidade variável, duração longa, regulares, irregulares, numerosos, raros; de finos, médios e largos brônquios, da traquéia, do laringe, do ápice, da base, do lóbulo médio; secos, úmidos, sonoros, surdos, estridulosos, graves, agudos, sibilantes, roncantes, pantes, bolhosos, baixos, finos, muito finos, volumosos, crepitantes, de retorno, em tafetá, cavernulosos, estalidentes, gargarejantes, discretos, disseminados, localizados, constantes, inconstantes, simétricos, assimétricos, ampulares, vesiculares, consonantes; de grossas, médias e finas bolhas; granulosos e mais outros misteriosíssimos - o estertor não classificado e o insonoro de Beau! Durante tempos apliquei-me em vão para distinguir esses sons uns dos outros. Fiquei nessa confusão até dia em que me caiu nas mãos um estudo de Mestre Clementino Fraga que foi verdadeiro *fiat lux*. Ele ensinava que era preciso aprender a distinguir o atrito pleural do estertor crepitante. Depois a diferenciar os estertores secos – pios, sibilos e roncamentos. Isto feito colocar o resto dentro do grupo dos subcrepitantes desde o cirro traqueal aos que estralidam nos finíssimos brônquios. Aliás era os únicos que eu distinguia. O resto era tapume. *Trop de poteaux indicateurs ...* (NAVA 1979 : 204)

A história do presente no ensino e da educação médica é milenar. É que se todo esse arcabouço de técnicas, métodos, análises e intervenções que atravessaram milênios e civilizações autorizassem e legitimassem o desinteresse natural, social, histórico, político e econômica pela explicação recorrentes de suas práticas e teorias da medicina e dos médicos perante a sociedade. Mas, parafraseando o que já foi dito nalgum lugar: o que há de natural na história natural?

E nesse emaranhado com esse guia é técnica de estudo que nos emaranhamos nesse roteiro imenso, complexo, explosivo, delicado e intenso, as Ligas Acadêmicas de Medicina são produzidas pelos *Filhos de Asclépio* e são experimentadas pelos *Hipócrates do Amanhã*. Será esse o seu destino?



## REFERÊNCIAS

- ABREU, Cristiano Nabuco. (Org). **Vivendo Esse Mundo Digital: impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais.** Porto Alegre: ArtMed, 2013.
- ABREU, Jean Luiz Neves. **Nos Domínios do Corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- AGAMBEN, Giorgio. **O Sacramento da Linguagem: arqueologia do juramento.** Belo Horizonte: UFMG, 2011.
- \_\_\_\_\_. **O Reino e a Glória: uma genealogia teológica da economia e do governo.** São Paulo, Boitempo, 2011.
- ALVES, Rubens. **O médico.** 9 ed. Campinas/SP. Papyrus, 2012.
- AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ. 2007,
- ANDRADE, Pedro José Negreiros de. **Cardiologia para o Generalista: uma abordagem fisiopatológica.** 4 ed. Rev. e Amp. Fortaleza: Editora UFC, 2005.
- ANTUNES, João Lobo. **Egas Moniz: uma biografia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- ARARIPE, J.C Alencar. **A Faculdade de Medicina e sua Ação Renovadora.** Edição Fac-Similar. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2012.
- ARAÚJO, Rodrigo Vasconcelos Coêlho. **Fornecimento de Medicamentos através de decisão judicial.** Curitiba: Juruá: 2015.
- ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- ARISTÓTELES. **Parva Naturalia.** São Paulo: Edipro, 2012.
- AROUCA, S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO. Reunião e nota do GT Ciências Humanas e Sociais / CONEP; ANPED salienta urgência da mobilização da área no debate da Ética na Pesquisa. Disponível em: <http://www.anped.org.br/news/reuniao-e-nota-do-gt-ciencias-humanas-e-sociais-conep-anped-salienta-urgencia-da-mobilizacao-da>. Acesso em: 5 de Março de 2016
- AZEVEDO, R.P.; DINI, P.S. **Guia para construção de Ligas Acadêmicas.** Ribeirão Preto: Assessoria Científica da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2006. Disponível em: <http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=157>>. Acesso em: 7out. 2008.
- BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais.** São Paulo: Editora Nacional, 1967.
- BATISTA, Nildo Alves. **Educação Médica no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2015.
- BAPTISTA, C.R E BOSA(orgs) **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção.** Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- BARROSO, Grasiela Teixeira. **Educação em Debate: no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.
- BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Hucitec, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Segredos e truques da Pesquisa.** São Paulo: Zahar, 2007.

BEDRIKOW, Rubens. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **História da Clínica e a atenção básica: o desafio da ampliação.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

BENJAMIN, Walter. **A Vida dos Estudantes.** In :Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação. São Paulo: ED.34, 2002. pp 31-47.

BERGSON, Henri .**A Evolução Criadora.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Cursos sobre a Filosofia Grega.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Matéria e Memória: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito.** 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

BERTUCCI, Liane Maria. **Influenza, a Medicina Enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo.** Campinas: Editora da Unicamp, 2004.

BERTOLDI, Sara et AL. **Psicanálise na educação Médica: subjetividades integradas à prática.** Revista Brasileira de Educação Médica. V.37. N.2. Abril/Jun 2013.

BEZERRA, Matheus Ferreira. **Patente de Medicamentos: quebra de patente como instrumento de realização de direitos.** Curitiba: Juruá, 2012.

BLOCH, Marc. **Apologia da História ou o ofício do historiador.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOLTANSKY, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo.** São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONDERSON, J. **Galeria de curiosidades médicas.** Rio de Janeiro: Record, 2000.

BONET, O. **Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. **Os Médicos da Pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BOSI, Eclea. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos.** 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

BOUERI, Rogério (org). **Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência.** Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.

BOURDIEU, Pierre. CHARTIER, Roger. **O sociólogo e o historiador.** Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

BRAGA, Renato. **História da Comissão Científica de Exploração.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.

BRAIT, Beth.(org). **Bakhtin: dialogismo e construção do sentido.** Campinas: Editora da Unicamp, 2005.

BRÉHIER, Émile. **A teoria dos incorporais no estoicismo antigo.** Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

BRIGGS, Asa. BURKE, Peter. **Uma História Social da Mídia: de Gutenberg à Internet.** Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.** 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

\_\_\_\_\_. **O Clamor de Antígona: parentesco entre a vida e a morte.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2014.

BYNUM, W. **História da Medicina.** São Paulo: LP&M, 2011.

CAIRUS, Henrique F. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CAIXETA, Leonardo (org). **Doença de Alzheimer.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAMARGO Jr. Keneth Rochel. NOGUEIRA, Maria Inês. **Por uma Filosofia Empírica da atenção à Saúde - Olhares sobre o Campo Biomédico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CAMBI, Franco. **História da Pedagogia.** São Paulo: Unesp, 1999.

- CAMPOS, Henry de Holanda (org). **Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde**: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2014.
- CANCLINI, Néstor García. **Diferentes, desiguais e desconectados**: mapas da interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007.
- CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005..
- \_\_\_\_\_. **Estudos de História e de Filosofia das Ciências**: concernentes aos vivos e à vida. Rio de Janeiro: Forense, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Michel Foucault**: morte do homem ou esgotamento do Cogito? Goiânia: Edições Ricochete, 2012.
- CAPANEMA, L.X & FILHO, P. **A cadeia farmacêutica e a política industrial** : uma proposta de inserção do BNDES. In: BNDES SETORIAL. Rio de Janeiro. BNDES, 2004, (pp 23-48).
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.
- CASCUDO, L.C. **Civilização e Cultura**: pesquisas e notas de etnografia geral. São Paulo: Global, 2004.
- CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica**: a Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTRO, Josué de. **Reminiscências**: a história de um professor em cinco vivências. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2012.
- CHALHOUB, Sidnei et all. **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: Unicamp, 2003.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. “**Meio Quilo de Gente**”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CLIFFORD, James. **A Experiência Etnográfica: Antropologia e Literatura no século XX**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.
- COHEN, Cláudio (org). **Saúde Mental, Crime e Justiça**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2 ed. Ver. e atua., 2006. (Coleção Faculdade de Medicina da USP)
- COMPAGNON, Antoine. **O trabalho da Citação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- CONTRERAS, Jesus. GRACIA, Mabel. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- CORDEIRO, Hesio. **As Empresas Médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- COSTA, A. **Capacitação de acompanhantes terapêuticos de pessoas autistas**. Fortaleza: Casa da Esperança, 2004.
- COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- \_\_\_\_\_. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- COUTO, E.S. GOELLNER, S.V (orgs). **O Triunfo do Corpo**: polêmicas contemporâneas. Petrópolis: Vozes 2012.
- CRONIN, A. J. **A cidadela**. São Paulo: Abril S/A, 1976.
- CUNHA, L.C. VELHO, G. Flaskman, D.R. **Uma Entrevista com Howard S. Becker**. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 3, n.5, 1990, p.114-136.

- CZERESNIA, Dina. **Categoria Vida: reflexões para uma nova biologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Os Sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- CRISTINO-FILHO, Gerardo. MONT`ALVERNE, Giovana Saboya. **Visconde de Sabóia. A Filosofia como princípio e a Medicina como missão**. Ceará: Sobral gráfica e editora, 2011.
- DALL`VA- SANTUCCI, Josette. **Mulheres e Médicas: as pioneiras da Medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.
- DAMASCO, Denise Gisele de Brito. O pensamento de Donald Schön: reflexões a partir da obra de Tardif, Borges e Malo. *Linhas Críticas [en linea]* 2013, 19 (Septiembre-Diciembre) : Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193529988012>>
- DAMASIO, A. **Em Busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004
- DELEUZE, G. **Proust e os Signos**. 2 ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Crítica e Clínica**. São Paulo, ED.34, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Conversações**. São Paulo, ED.34, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.3. São Paulo: ED.34, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Bergsonismo**. São Paulo: Editora 34: 2012.
- DE WALL, Cornelis . **Sobre Pragmatismo**. São Paulo: Loyola, 2007.
- DILTHEY, Wilhelm. **A Construção do Mundo Histórico nas Ciências Humanas**. São Paulo: Unesp, 2010.
- DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do Biodireito**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- DOSSE, François. **O Desafio Biográfico: escrever uma vida**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.
- DOSTOIEVSKI, Fiódor. **Memórias do Subsolo**. São Paulo: Ed.34, 2012.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Psicologização no Brasil: atores e autores**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2005.
- DUARTE, Regina Horta. **A Biologia Militante: o Museu Nacional, especialização científica, divulgação do conhecimento e práticas políticas no Brasil (1926-1945)**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.
- DUMIT, Joseph. **Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.
- DURKHEIM, Emile. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ELIAS, Norbert. **A Solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e Morrer**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- ENGELS, Friedrich. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- FERNANDES, Atahualpa. FERNANDES, Marly. **Neuroética, Direito e Neurociência: conduta humana, liberdade e racionalidade jurídica**. Curitiba: Juruá, 2008.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- FEYERABEND, P. **A Ciência em uma Sociedade Livre**. São Paulo: Unesp, 2010.

- FILHO, Antônio Martins. **História Abreviada da UFC**. Fortaleza: Casa José de Alencar, 1999.
- FILHO, Carlos Studart. **Páginas de História e Pré-História**. Revista do Instituto do Ceará, 1960.
- FILHO, Naomar de Almeida. **O que é Saúde?**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- FISCHER, Michael. **Futuros Antropológicos: redefinindo a cultura na era tecnológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- FLUSSER, Vilém. **O universo das imagens técnicas**. São Paulo: Annablume, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Pós- História: vinte instantâneos e um modo de usar**. São Paulo: Annablume, 2011.
- FONSECA, Márcio Alves da. **Michel Foucault e o Direito**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- FOUCAULT, M. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes: 2002.
- \_\_\_\_\_. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- \_\_\_\_\_. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes: 2006.
- \_\_\_\_\_. **Resumo dos Cursos do Collège de France ( 1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- \_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- \_\_\_\_\_. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- \_\_\_\_\_. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva: 2010.
- \_\_\_\_\_. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- \_\_\_\_\_. **A Coragem da Verdade: o governo de si e dos outros II**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Gênese e Estrutura da Antropologia de Kant**. São Paulo: Loyola, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.
- \_\_\_\_\_. **O Corpo Utópico: As Heterotopias**. São Paulo: n-1 Edições, 2013.
- FREIDSON, E. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São PAULO: Unesp, 2009.
- FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- FREYRE, Gilberto. **Médicos, Doentes e Contextos Sociais: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Globo, 1983.
- FUKUYAMA, Francis. **Nosso Futuro Pós-Humano: consequências da revolução da biotecnologia**. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.
- GALLO, Silvio. **Pedagogia do Risco: experiências anarquistas em educação**. Campinas: Papirus, 1995.
- GALENO, Juvenal . **Medicina Caseira**. Fortaleza: Secult, 2010.
- GEERTZ, Clifford. **Atrás dos Fatos: dois países, quatro décadas, um antropólogo**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- GIDDENS, Anthony (org) **Teoria Social Hoje**. São Paulo: UNESP, 1999.
- GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.



\_\_\_\_\_. **Chaves do Mistério: Morelli, Freud e Sherlock Holmes.** In: O Signo de Três: Dupin, Holmes, Peirce. ECO, Umberto, SEBEOK, Thomas. São Paulo: Perspectiva: 2008. pp. 89-129.

GIRÃO, Célio Brasil. **Memória do Hospital das Clínicas: fragmentos da história do hospital-escola da UFC.** Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 1994.

GIOVANELLA, Lígia .(org) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos.** Curitiba: Juruá, 2011

GOODY, Jack. **Renascimentos: um ou muitos? .** São Paulo: Unesp. 2011.

\_\_\_\_\_. **O Mito, o Ritual e o Oral.** Petrópolis: Vozes, 2012.

GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOLDENBERG, Mirian (org). **Corpo, envelhecimento e felicidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

GOODSON, Ivor. **Currículo: teoria e história.** Petrópolis: Vozes, 1995.

GREENHALGH. Trisha. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GROISMAN, D. **A velhice, entre o normal e o patológico.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):61-78, jan.-abr. 2002.

HABERMAS, Jürgen. **O Futuro da Natureza Humana: a caminho de uma eugenia liberal?.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

HACKING, Ian. **Ontologia Histórica.** São Leopoldo: Unisinos, 2002.

HAMAMOTO FILHO, Pedro Tadao *et al.* **Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu.** Revista Brasileira de Educação Médica. V. 34. 1. 2010. pp 160-167.

\_\_\_\_\_. **Ligas Acadêmicas de Medicina: extensão das ciências médicas à sociedade.** Rev. Ciênc. Ext. v.7, n.1, p.126, 2011.

HAMILTON, W. FONSECA, C. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953.** IN: História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Vol 10 (3), 791-825, set-dez, 2003.

HARAWAY, Donna. **Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

HARDT, Michael. **Gilles Deleuze: um aprendizado em Filosofia.** São Paulo: Ed. 34, 1996.

HARVEY, David. **O Enigma do Capital e as Crises do Capitalismo:** São Paulo: Boitempo, 2011.

HEINE, H. **Contribuição à História da Religião e Filosofia na Alemanha.** São Paulo: Iluminuras, 1991.

HIPÓCRATES. **Aforismos.** São Paulo: Martin Claret, 2004.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil.** São Paulo: Hucitec. 2012.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IZQUIERDO, I. **Memória.** Porto Alegre: ArtMed, 2011.

JAMESON, F. **Modernidade Singular: ensaio sobre a ontologia do presente.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

JAPPE, Anselm. **Crédito à Morte: a decomposição do capitalismo e suas críticas.** São Paulo: Hedra, 2015.

- JATENE, Adib. PADILHA, Alexandre. **40 anos de Medicina: o que mudou?** Campinas: Saberes Editora, 2011.
- JUCÁ, Eduardo Regis Monte. **Com o Coração nas Mãos.** Fortaleza: Edições UFC, 2006.
- KANT, Immanuel. **Antropologia de um ponto de vista pragmático.** São Paulo: Iluminuras, 2009.
- KEHL, Renato. Monteiro, Eduardo. **O Médico no Lar: dicionário popular de medicina de urgência.** São Paulo: WEISZFLOG irmãos, 1919.
- KOYRÉ, A. Os filósofos e a máquinas. *In: Estudos de História do Pensamento Filosófico.* Rio de Janeiro: Forense, 2011. (p. 315-350)
- KOYRÉ, A. Do mundo do “mais-ou-menos” ao universo da precisão. *In: Estudos de História do Pensamento Filosófico.* Rio de Janeiro: Forense, 2011. (p. 351-372)
- LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas.** São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2009.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LAPOUJADE, David. **Potências do Tempo.** São Paulo: n-1 Edições, 2013.
- LATOUR, Bruno. WOOLGAR, Steve. **A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- LATOUR, B. **Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica.** Rio de Janeiro: ED.34, 1994.
- LARROSA, Jorge. **Nietzsche e a Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Tremores: escritos sobre experiência.** Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- LE BRETON, David. **Antropologia da Dor.** São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.
- LEGOFF, Jacques. **História e Memória.** 4 Ed. Campinas: EDUNICAMP, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Os Intelectuais na Idade Média.** 6 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2014.
- LEHER, Jonah. **Proust foi um neurocientista: como a arte antecipa a ciência.** Rio de Janeiro: Bestseller, 2010.
- LEITE, Álvaro J. M. COELHO FILHO, J.M. **Você pode me ouvir doutor? Cartas para quem escolheu ser médico.** 2 ed. Campinas: Saberes Editora, 2010.
- LEMOS, André. **A Comunicação das Coisas: teoria ator-rede e cibercultura.** São Paulo: AnnaBlumme, 2013.
- LERNER, R. **O Discurso das Neurociências e o Saber dos Pais de Crianças Portadoras de Distúrbios Globais do Desenvolvimento.** *IN: Anais do II Colóquio do Lugar de Vida-LEPSI.* São Paulo, Linear B, pp.178-185, 2000.
- LIMA, Fernando Rister de Souza. **Saúde e Supremo Tribunal Federal.** Curitiba: Juruá, 2015.
- LIMA, Henrique Espada. **A Micro-História Italiana: escalas, indícios e singularidades.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- LINS, Ivan de Monteiro Barros. **História do Positivismo no Brasil.** Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2009.
- LIRA, Geison. **Epistemologia, Metodologia e Prática de um Modelo Cartográfico de Avaliação Curricular em Educação Médica** (Tese de Doutorado/Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará), 2010.
- LOPES, Antonio Alberto. **Medicina Baseada em Evidências: Potenciais contribuições para a Educação Médica Continuada.** *Gazeta Médica da Bahia.* 2008; 78 (Suplemento 1):25-30.
- LUKACS, G. **Para uma ontologia do ser social.** São Paulo: Boitempo, 2012.



- LUZ, Madel. **Medicina e ordem política brasileira – políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACHADO, Maria Helena (coord). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MACHADO, Roberto. **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Deleuze, a arte e a filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.
- MACHADO, Cristiani Vieira. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- MACIEL, Katia. PARENTE, André. (Orgs). **Redes sensoriais: arte, ciência, tecnologia**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2003.
- MAIO, Marcos Chor. (org) **Raça como questão: História, Ciência e identidades no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
- MAMEDE, Silvia (org). **Aprendizagem Baseada em Problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- MANACORDA, Mario Alighiero. **História da Educação: da antiguidade aos nossos dias**. 13 ed. São Paulo; Cortez, 2010.
- MANDARINO, Ana Cristina de S. **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. EDUFBA, Editora FIOCRUZ, 2014.
- MARGARIDO, M.R. **Atividades Extra-curriculares, uma opinião**. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(1): 56-8. <http://revista.fmrp.usp.br>.
- MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a População**. *IV*. MALTHUS, T.R. Princípios de Economia Política e considerações sobre sua aplicação prática. Ensaio Sobre a População. RICARDO, David. Notas aos Princípios de Economia Política de Malthus. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MARINS, João José Neves. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABEM, 2011.
- MARTINS, J. M. **Medicina Meu Amor: contos e crônicas**. Fortaleza: UFC, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Faculdade de Medicina da UFC: professores e médicos graduados**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Navegando no Mar da Medicina: casos, contos, crônicas**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2009.
- MARTINS, Milton. **Novas Tendências no Ensino Médico**. Gazeta Médica da Bahia. 2008;78 (Suplemento 1):22-24
- MARX, Karl. **Diferença entre as Filosofias da Natureza em Demócrito e Epicuro**. São Paulo: Global, 1980
- \_\_\_\_\_. **Sobre o Suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- McLUHAN, Marshall. **O Trivium Clássico: o lugar de Thomas Nashe no Ensino de Seu Tempo**. São Paulo: É Realizações, 2012.
- MAYR, Ernst. **Isto é Biologia: a ciência do mundo vivo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- MEAD, Margaret. **Aspectos do Presente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- MEDEIROS, Juliana Corrêa Crepalde. **Parcerias tecnológicas e a inovação incremental na indústria farmoquímica e farmacêutica nacional**. Curitiba: Juruá, 2012

- MENEZES, R.A. **Difíceis Decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MERCANTE, Marcelo S. **Imagens de Cura: Ayahuasca, imaginação, saúde e doença na Barquinha**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- MERTON, Robert. **Ensaio de Sociologia da Ciência**. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- MERQUIOR, José Guilherme. **Michel Foucault ou o nihilismo de cátedra**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- MINAYO, Maria C.de Souza.(org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- MOLLER, Letícia Ludwig. **Direito à Morte com dignidade e autonomia: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e da autonomia da vontade**. Curitiba: Juruá, 2012
- MOREIRA, Antônio Flávio. TADEU, Tomas (org). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MOREIRA, PA A. **O Fenômeno das Ligas Acadêmicas de Estudantes de Medicina**. Disponível em: <http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2011/06/o-fenomeno-das-ligas-academicas-de.html> > Acesso em: 18 fev. 2012.
- MORIN, Edgar. ALMEIDA, Maria da Conceição. CARVALHO, Edgar de Assis. (orgs). **Educação e Complexidade: os setes saberes e outros ensaios**. São Paulo: CORTEZ, 2007.
- MOSTAFA, Solange Puntel. **O pragmatismo clássico americano e a filosofia da diferença: questões para a educação**. Revista Contrapontos - Eletrônica, Vol. 13 - n. 2 - p. 120-129 / mai-ago 2013.
- MOTOYAMA, S. Ciência e Tecnologia no Brasil: para onde? In: MOTOYAMA, S. (ORG). **Prelúdio para uma História: ciência e tecnologia no Brasil**. São Paulo: Edusp,2004. (p.18-58).
- NAVA, Pedro. **Território de Epidauro: Crônicas e Histórias da História da Medicina**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Capítulos da história da medicina no Brasil**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.
- \_\_\_\_\_. **O Anfiteatro: textos sobre medicina para estudantes de medicina**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.
- \_\_\_\_\_. **A Medicina de Os Lusíadas**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004
- \_\_\_\_\_. **Baú de Ossos**. São Paulo: Ateliê Editorial: 2005.
- \_\_\_\_\_. **Balão Cativo**. Rio de Janeiro: José Olympio:1973.
- \_\_\_\_\_. **Chão de Ferro**. Rio de Janeiro: José Olympio:1976.
- \_\_\_\_\_. **Beira-Mar**. Rio de Janeiro: José Olympio:1979.
- \_\_\_\_\_. **Galo das Trevas**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Círio Perfeito**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- \_\_\_\_\_. **Cera das Almas**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2006.
- NEGRI, A. **5 lições sobre Império**. Rio de Janeiro: DP&A,2003.
- \_\_\_\_\_. **Biocapitalismo: entre Spinoza e a constituição política do presente**. São Paulo: Iluminuras, 2014.
- NETO, André de Faria Pereira. **Ser Médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

NETO, Antero Coelho. **Palavras que valeram a pena: a educação e a saúde do brasileiro**. Fortaleza: ABC Editora, 2006.

NEVES, Cláudia Abbes Baeta. **Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)?**. Interface, Comunicação, Saúde. Educação, V.13, supl.1, p.781-95, 2009.

NICOLELIS, M. **Muito além do nosso eu: a nova neurociência que une cérebros e máquinas e como ela pode mudar nossas vidas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática**. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORDENSTROM, Jorgen. **Medicina Baseada em Evidências: seguindo os passos de Sherlock Holmes**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NUNES, Everardo. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NUNES, Sandra. **A Pátria dos Curadores. Uma História da Medicina e da Cura Espiritual no Brasil**. São Paulo: Pensamento, 2012.

OCKÉ- REIS, Carlos Otávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, A. Bernardes. **A Evolução da Medicina: até o início do século XX**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1981.

ORLANDO, J.M. **Vencendo a Morte: como as guerras fizeram a medicina evoluir**. São Paulo: Matrix, 2016.

ORTEGA, F. ZORZANELLI, R. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

ORTIZ, Renato. **Universalismo e Diversidade: contradições da modernidade-mundo**. São Paulo: Boitempo, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PALARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. **As muitas faces da história: nove entrevistas**. São Paulo: Unesp, 2000.

PARENTE, A. (Org.) **Imagem-máquina: a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro, ED.34, 2004. .

PARENTE, M.A. *Organização cerebral das funções cognitivas envolvidas na socialização*. IN: BATISTA, C.R & BOSA, C (org). **Autismo e Educação: reflexão e propostas de intervenção**. São Paulo, Artmed, 2002.

PEIXINHO, André Luiz. **Educação Médica – o desafio de sua transformação**. (Tese de Doutorado. Salvador: Faculdade de Educação da UFBA, 2001.)

PÉLBART, Peter Pal . **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PELLANDA, Nilze Maria Campos. **Maturana & a Educação**. Belo Horizonte Autêntica, 2009.

Perez, Daniel Omar. **Filósofos e Terapeutas em torno da questão da cura**. São Paulo: Escuta, 2007.

PESSOTTI, I . **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed 34, 1999.

PETERSON, Christopher. **Trambiclinicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre gíria médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva. **Saúde Coletiva: perspectivas filosóficas**. v.17. n.3. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social /UERJ. 2003.

\_\_\_\_\_. **Metodologia Qualitativa e Pesquisa em Saúde Coletiva**. v.21.n 4. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social /UERJ. 2012.

PORTOCARRERO, Vera. **As Ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto Contrassexual**. São Paulo: n-1 Edições, 2014.

PRADO, Antonio Arnoni. **Itinerário de uma Falsa Vanguarda: os dissidentes, a Semana de 22 e o Integralismo**. São Paulo: Ed.34, 2010.

QUEIROZ, Antonio Carlos de. **Análise da interiorização do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará no município de Sobral**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza-CE, 2011 .

REGO, Sérgio. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida( dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

REIS, João José. **A Morte é uma Festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REVISTA BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA. **Comitês de Ética em Pesquisa: caminhos e descaminhos teórico-metodológicos**. v. 3, n. 05: jan. jun. 2015 Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/revista/index.php/RBS/issue/view/9/showToc>. Acesso: 14 de Setembro de 2015.

RIBEIRO, Carlos Dimas. **Saúde suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde (org)**. São Paulo: Hucitec, 2011.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A Ciência dos Trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

RIOS, Izabel Cristina. **Subjetividade Contemporânea na Educação Médica: a formação humanística em Medicina**. (Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2010).

RICOUER,P. **A Memória, a História, o Esquecimento**. Campinas, Editora da Unicamp, 2007.

ROCHER, Guy. **Talcott Parsons e a Sociologia Americana**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

RODHEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

RODRIGUES, José Carlos. **O Corpo na História**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RODRIGUES, Nina. **As Coletividades Anormais**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2006.

RODRIGUES, Rui Martinho. **A História, autores e atores: compreensão do mundo, educação e cidadania**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

ROLNIK, Suely. **Guerra dos Lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ROONEY, Anne. **A História da Medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna**. São Paulo: M.Books do Brasil Editora Ltda, 2013.

ROSE, Nicolas. **A Política da Própria Vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

RUDIGER, Francisco. **As Teorias da Cibercultura: perspectivas, questões e autores**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

RUSSELL, Bertrand. **Sobre a Educação**. São Paulo: Unesp. 2014.

SABBATINI, R.M.E. **A história da neuroimagem**. Extraído da Internet em 10. Janeiro.2009.

SABOIA, Vera Maria. **Educação em Saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto: 2003.

SACHS, Oliver. **Alucinações Musicais: relatos sobre a música e o cérebro**. São Paulo, Companhia das Letras, 2007.

\_\_\_\_\_. **Tio Tungstênio: memórias de uma infância química**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. **Sempre em Movimento: uma vida**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SAFATLE, Vladimir. **O Circuito dos Afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SAILLANT, Francine. GENEST, Serge (orgs). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

SALAMACHA, Consuelo Taques Ferreira. **Erro Médico: inversão do ônus da prova**. Curitiba: Juruá, 2013.

SANTAELLA, Lúcia. **Comunicação Ubíqua: repercussões na cultura e na educação**. São Paulo: Paulus, 2013.

SANTOS, Lenir (org). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editoras, 2014.

SAVIANI, Demerval. **História das Ideias Pedagógicas no Brasil**. 4 ed. Campinas: Autores associados, 2013.

SANTOS, B,S (Org.) **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SCAFURI, Ariel Gustavo et al. **Anatomia Humana Integrada em Sistemas**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2006.

SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva ( coord). **Direito e Medicina: novas fronteiras da ciência jurídica**. São Paulo: Atlas: 2015.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Três Ensaio de Bioética**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

SCLIAR, Moacyr. **O Livro da Medicina**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

\_\_\_\_\_. **Meu Filho, o Doutor: medicina e judaísmo na História, na Literatura – e no Humor**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SCHAEFER, Fernanda. **Proteção de dados de saúde na sociedade de informação: a busca pelo equilíbrio entre privacidade e interesse social**. Curitiba: Juruá, 2010.

SCHWARTZMAN, Simon. **Um Espaço para a Ciência: a formação da comunidade científica no Brasil**. 4 ed. Campinas, SP. Editora da Unicamp, 2015.

SEARLE, John R. **Liberdade e Neurobiologia: reflexões sobre o livre-arbítrio, a linguagem e o poder político**. São Paulo: Unesp. 2007.

SELLARS, Wilfrid. **Empirismo e Filosofia da Mente**. *Petrópolis, RJ: Vozes, 2008*.

SHOPKE, Regina . **Matéria em Movimento: a ilusão do tempo e o eterno retorno**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Por uma Filosofia da Diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.

SIBILIA, P. **O corpo obsoleto e as tiranias do upgrade** In: VERVE. Revista Semestral do Núcleo de Sociabilidade Libertária/ PUC-SP. Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais. São Paulo: o programa, 2004. p.199-226.

\_\_\_\_\_. **Redes ou Paredes: a escola em tempos de dispersão**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.



SILVA, Geraldo Bezerra da. **Médicos escritores & escritores médicos da FMUFC**. Fortaleza: Casa José de Alencar, 1998.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Academia Cearense de Medicina em crônicas e biografias**. Fortaleza: Editora do Autor, 2015.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da (org). **Teoria da História**. São Paulo: Cultrix, 1980.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3. ed. 3.reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2011

SILVEIRA, Maria Lúcia da. **O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SIMMEL, Georg. **Ensaio sobre teoria da história**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2011.

SKLIAR, C. **Pedagogia (improvável) da Diferença: e se o outro não estivesse aí ?** Rio de Janeiro: DP & A, 2003.

\_\_\_\_\_. **Desobedecer a Linguagem: educar**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

SONZOGNO, Maria Cecília. SEIFFERT, Otilia Maria Barbosa. **Ensino em Ciências da Saúde: formação e prática profissional**. São Paulo: Fap- Unifesp, 2015.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora: Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **Saúde & Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986)**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

SOUZA, F.G.M.; MENEZES, M.G.C. **Estresse nos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará**. Rev. Bras. Educ. Méd., v.29, n.2, p.91-6, 2005.

SOUZA, Henrique Paranhos Guerreiro. **O papel das ligas acadêmicas na Graduação Médica**. Salvador, III Seminário de pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

STENGERS, I. **A invenção das ciências modernas**. São Paulo: ED.34, 2002.

STELET, Bruno Pereira. **Sobre repercussões de atividades estensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em Medicina**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.2013.

STRATHERN, Marylin. **O Efeito Etnográfico e Outros Ensaio**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

STREIT, Derly Silva (org). **10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

STUDART, Guilherme. **Notas Para a História do Ceará (segunda metade do século XVIII)**. Brasília: Senado Federal, Conselho Federal, 2006.

TABAKMAN, Roxana. **A Saúde na Mídia: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos**. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

TARDE, Gabriel. **As Leis da Imitação**. Porto: Rês Editora, 1980.

\_\_\_\_\_. **Monadologia e Sociologia e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naif, 2007.

TARDE, Gabriel. **A Criminalidade Comparada**. Rio de Janeiro: Editora Nacional de Direito, 1957

TAVARES AP et. al. **O currículo paralelo dos estudantes de medicina e a extensão universitária**. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2., 2004, Belo horizonte. Anais.. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Educa116.pdf>>. Acesso em: 18 fev 2012.

TEMPSKI, Patrícia (org). **Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados:** humanização das práticas de ensino e de cuidado em saúde. São Paulo: Atheneu, 2014.

TEODORO, Antônio. VASCONCELOS, Mária Lúcia (orgs). **Ensinar e Aprender no Ensino Superior:** por uma epistemologia da curiosidade na formação universitária. São Paulo: Cortez, 2005.

TORRES, A.R. et al. **Ligas Acadêmicas e Educação Médica:** contribuições e desafios. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.27, p.713-20, out./dez. 2008.

TUCHMAN,R. RAPIN,I. (org). **Autismo:** abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed,2009.

TRAGTENBERG,Maurício. **Administração, Poder e Ideologia.** 3.ed.rev. São Paulo: Unesp, 2005.

\_\_\_\_\_. **Burocracia e Ideologia.** 2 ed.rev. Ampl. São Paulo: Unesp, 2006.

TROSTLE, James A. **Epidemiologia e Cultura.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SABÓIA, Vera Maria. **Educação em Saúde:** a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.

VARELLA, Drauzio. CESCHIN, Maurício. **A Saúde dos Planos de Saúde:** os desafios da assistência privada no Brasil. São Paulo: Paralela, 2014.

VARGAS, Eduardo Viana..**Antes Tarde do que Nunca:** Gabriel Tarde e a emergência das ciências sociais. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

VEIGA - NETO, Alfredo. **Foucault e a Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VERRIÈRE, Jacques. **As Políticas de População.** Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 1991.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Foucault: seu pensamento, sua pessoa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

\_\_\_\_\_. **Sêneca e o estoicismo.** São Paulo: Três Estrelas, 2015.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VIGOTSKI, L.S. **A Formação Social da Mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes,2008.

VIRILIO, Paul. **Velocidade e Política.** São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

VIVEIROS de CASTRO, Eduardo. **Entrevistas.** Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2008.

\_\_\_\_\_.**Metafísicas Canibais:** elementos para uma antropologia pós-estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

WAIZBORT, Leopoldo. **As aventuras de Georg Simmel.** São Paulo: Editora 34, 2013.

WALL, Cornelis de. **Sobre Pragmatismo.** São Paulo: Loyola, 2007.

WALKER, Timoty D. **Médicos, medicina popular e inquisição:** a repressão das curas mágicas em Portugal durante o Iluminismo. Rio de Janeiro/Lisboa: FIOCRUZ, 2013.

WEBER. Max. **A Ciência como Vocaçào.** *IN.* GERTH, Hans; MILLS, Wright. Max Weber: Ensaio de Sociologia. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WIENER, Norbert. **Cibernética e Sociedade:** o uso humano de seres humanos. São Paulo: Cultrix, 1954

XENON, William James. **O Livro de Concursos Médicos 2.** 13 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004 .

ZILBOVICIUS,M.MERESSE,I. BODDAERT,N. **Autismo:** neuroimagem. Extraído da Internet em 5. Dezembro. 2008.



ZORZANELLI, Raphaela (org). **A Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro Garamond, 2014.

## ANEXOS

### **Anexo 1 – Carta da ABLAM<sup>455</sup> à Pesquisa**

Ao Sr. Felipe Franklin de Lima Neto  
Doutorando da Universidade Federal do Ceará

São Paulo, 01 de julho de 2015.

Prezado Sr. Felipe,

Com muita honra recebemos sua solicitação de auxílio para desenvolvimento de sua Tese de Doutorado acerca de Ligas Acadêmicas de Medicina. Esperamos que nossa contribuição seja positiva ao seu trabalho. Seguem as perguntas enviadas por você há algumas semanas, com as respectivas respostas:

#### **A-Distribuição das Ligas de forma municipal, estadual, regional e nacional.**

A Ac. Tassia Saito, nossa Diretora de Pesquisa, está trabalhando nesses dados. Nossa análise se baseia na distribuição nacional e regional, principalmente, e pedi à ela que desse uma atenção especial ao estado do Ceará.

#### **B- Projeto e método político-pedagógico seguido pela ligas. Sua relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com a reforma curricular dos cursos de Medicina a serem implementadas até o ano de 2018.**

Cada Liga tem sua própria autonomia no que diz respeito a implementar diretrizes, ou não, que norteiem seu funcionamento, e o papel da ABLAM se restringe apenas a tentar garantir e incentivar que todas pautem suas atividades sobre o tripé de ensino, pesquisa e extensão. Elaboramos as Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina e estes são os únicos critérios que pedimos para que as Ligas, ao buscarem cadastro junto

---

<sup>455</sup> Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina. Rua São Carlos do Pinhal, 324 Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01333-903 Tel. (11) 3178-6800 / Ramal 104 [www.ablam.org.br](http://www.ablam.org.br) – [contato@ablam.org.br](mailto:contato@ablam.org.br) – <http://www.facebook.com/ablambrasil>

a nós, sigam. As Diretrizes Curriculares Nacionais em Medicina propostas pelo MEC devem ter influência diretamente sobre a graduação e as disciplinas que compõem a grade curricular em Medicina. Como as Ligas são consideradas atividades extra-curriculares, não obrigatórias, e têm as mais diversas características, com focos e realidades totalmente distintas, optamos por não intervir em seu funcionamento político-pedagógico, mesmo porque, como eu disse, as realidades são muito diferentes, atualmente temos um cadastro de mais de 700 Ligas e é praticamente impossível ter acesso à ideologia de cada uma. As reformas propostas pelo Programa Mais Médicos a serem implementadas a partir de 2018 necessitam de discussões urgentes junto aos estudantes da graduação, mas acreditamos que isso é dever de entidades acadêmicas de cunho pouco mais político. Sendo a ABLAM uma entidade acadêmica estritamente científica, resguardamos o dever em focar nossas atividades apenas ao conteúdo científico/educacional a ser abordado especificamente dentro dos espaços das Ligas. É até importante você fazer esta pergunta, pois as Ligas, naturalmente, não costumam ser espaços para discussões de assuntos sobre Educação Médica, e acho, inclusive, que seria saudável talvez estimularmos este tipo de discussão nesses grupos.

### **C- Gênero, perfil sócio-econômico e geográfico, crenças culturais e religiosas, raça e instrução**

A ABLAM, até 2014, não tinha acesso a informações sobre membros das Ligas, apenas do grupo em si, perfil de atividades realizadas, da instituição de ensino, etc. Ainda não temos isso, mas estamos implementando uma nova plataforma de cadastro em nosso site que permitirá o cadastro como Liga e como membro, através de reconhecimento do estudante pelo CPF. A partir disso, será possível obter algumas informações sobre o perfil do aluno que compõe a Liga. Questões culturais, de crenças religiosas, etc, não serão nosso foco, tampouco também de nível socioeconômico, raça... Quanto ao grau de instrução, apesar de não perguntarmos aos alunos, podemos responder que todos têm ensino superior em andamento, já que é definição de Liga Acadêmica que esta seja organizada por alunos da graduação, com o auxílio de um professor na área em questão.

### **D- Principais motivos que levam um estudante a integrar uma liga junto a um perfil dos egressos ( Ex: relatos de médicos formados sobre o papel das Ligas na sua formação)**

Diversos são os motivos que levam o estudante a procurar uma Liga Acadêmica. Durante os últimos 10 anos, frequentando escolas médicas de todo o país e promovendo discussões sobre o assunto, pudemos observar e destacar algumas motivações específicas, tais como a aquisição de prática clínica (sem dúvida o principal deles... a Liga permite ao aluno, por exemplo, o contato com o paciente desde o primeiro ano da graduação, como ocorre em algumas faculdades que não têm esse acesso previsto pela grade curricular), o próprio interesse em aprofundar os conhecimentos acerca de determinada especialidade médica, melhora de currículo acadêmico e consequente ingresso na residência médica (ponto bastante discutido por nós da ABLAM, que

infelizmente acabou se tornando uma distorção do papel de Liga), busca por aproximação junto a projetos de iniciação científica, e outro motivo bastante mencionado e que tem sido uma realidade é o uso da Liga como “apêndice” de disciplinas curriculares deficientes, por exemplo para discutir assuntos que não são abordados de forma adequada na graduação (o que não é recomendado... a Liga deve complementar o que é abordado na graduação, e não suprir a deficiência desta). Separei alguns depoimentos para você obtidos por nossa Diretora Acadêmica, Ac. Fernanda Wolf, da Faculdade de Medicina de Itajubá:

*“Participo das ligas acadêmicas desde o primeiro ano da faculdade. Optei por participar de uma com abordagem clínica e outra cirúrgica para que pudesse ter uma noção maior dessas duas grandes áreas da Medicina e poder escolher com maior propriedade a área na qual atuar. Em 2014 fui presidente da Liga de Geriatria e Gerontologia e esse ano estou como presidente da Liga de Cirurgia Vascular da mesma instituição. No início de 2014 tive a oportunidade de apresentar um relato de caso no I Congresso Brasileiro das Ligas Acadêmicas em Cirurgia na Escola Paulista de Medicina pela liga de Cirurgia Vascular. Foi a primeira vez que apresentei um trabalho científico e com certeza uma grande experiência. Começo o ano de 2015, graças ao apoio das duas ligas, engajada em dois projetos de pesquisa financiados pela FAPEMIG (Fundação de amparo à pesquisa de Minas Gerais). Acredito que o contato maior com o professor e as discussões sobre determinados temas proporcionados pelas ligas acadêmicas nos instigam a querer aprender mais e de certa forma retornar isso à sociedade e muitas vezes a melhor forma de fazer tudo isso é através da pesquisa.”* Ac. Isadora Isis de Oliveria Araújo – Faculdade de Medicina de Itajubá – MG.

*“A Liga de Cuidados Paliativos tem, o compromisso de divulgar o conhecimento dessa prática de saúde e especialmente de priorizar a escolha de estratégias que valorizem o currículo, porque a grade curricular da graduação proporciona o básico para a preparação do estudante e assim adquirir os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer essa modalidade de cuidado. Então, a liga proporciona um maior aprofundamento, ainda mais em uma disciplina que não tem muito material didático. Assim, surgiu a motivação para elaborarmos um artigo que pudesse ser apresentado em congresso e até mesmo utilizado posteriormente como material didático. O apoio da coordenadora e da Liga veio desde o incentivo para a confecção do artigo, do seu envio para o congresso internacional até suporte e dicas para a viagem e a apresentação.”*

Congresso internacional de cuidados paliativos em Medlin- Colombia. Acs. Luisa Coelho Marques de Oliveira; Naiane Toledo Cardoso; Patricia Vas Tostes Mendes – Faculdade de Medicina de Itajubá – MG.

*“Eu e meu irmão (presidente da liga), participamos da produção de um capítulo de livro juntamente com o Prof. Dr. Luciano César Pontes de Azevedo, médico Intensiva dos hospital Sírio-Libanês. Acho que esse trabalho será muito bom para o meu currículo, ainda mais que foi feito juntamente com vários pesquisadores de renome. É um trabalho feito na área que pretendo me especializar. No entanto, esse tipo de produção conta alguns pontos na residência médica, o que me dá uma “certa” vantagem sobre os outros concorrentes. Esse trabalho foi feito após um estágio no Sírio Libanês, via contatos que fizemos pela liga. Quando você demonstra interesse pela área, seja através da liga ou mesmo informalmente, os coordenadores e outros médicos têm*

*ainda mais apreço em ensinar e ofertar esse tipo de trabalho.”* Ac. Paulo Costa – Faculdade de Medicina de Itajubá – MG.

#### **E- Horizonte de atuação das Ligas e participação dos estudantes**

O horizonte é infinito. As Ligas podem atuar de formas bastante comuns, através da realização de atividades junto à população, campanhas de prevenção, palestras direcionadas aos leigos, até a formas bem peculiares, como por exemplo abordar temas como religiosidade e espiritualidade médica e promover discussões acerca do assunto. Acredito que a Tassia, ao demonstrar o perfil das Ligas no Brasil e suas principais atividades dentro do tripé de Ensino, Pesquisa e Extensão, poderá nortear melhor essa resposta a você.

#### **F- Relação da ABLAM com os centros acadêmicos, diretórios centrais de estudantes e demais entidades representativas ( Ex. UNE, etc)**

A ABLAM incentiva e defende a necessidade de um órgão dentro da instituição de ensino, seja ele Centro/Diretório Acadêmico, Departamento Científico ou um próprio Conselho de Ligas que ‘fiscalize’ o funcionamento destas na Universidade. Auxiliamos tais órgãos a desempenhar tal papel, e isso tem sido muito útil em Universidades que estão sendo fundadas agora, as quais não têm nem Centro Acadêmico ainda, mas já possuem Ligas. A partir de 2015 estamos buscando parcerias para melhorar o acesso às Ligas em cada região do país e o consequente “controle” sobre seu funcionamento, melhor auxílio às suas necessidades (tendo em vista que as realidades são muito distintas de local para local do país), etc.

#### **G- Relação da ABLAM com as entidades profissionais, entidades médicas e sindicais, hospitais e serviços da rede pública e privada**

A ABLAM é uma entidade reconhecida e apoiada por diversas entidades médicas de âmbito local (Associação Paulista de Medicina – nossa antiga sede, inclusive) e nacional (Conselho Federal de Medicina, por exemplo). Em 2015, nossa sede se mudou para junto à Associação Médica Brasileira, da qual passamos a ser o “braço acadêmico científico” da entidade. Todas as nossas atividades, atualmente, têm o respaldo desta instituição. Não existe relação da ABLAM com entidades sindicais, tendo em vista que, conforme mencionei anteriormente, nosso foco é estritamente científico. A AMB vem como uma importante aliada a nós por ser o órgão que une todas as sociedades de especialidades, as quais, se formos comparar, são nada mais, nada menos que o reflexo do que, para o estudante é uma Liga, a sociedade representa para o médico graduado. Estamos trabalhando arduamente para estreitar o relacionamento das Ligas junto às suas respectivas sociedades de especialidades e elaborando projetos de parcerias entre tais instituições.

## **H - Atuação nacional junto aos Ministérios da saúde e da Educação (se existir)**

Atualmente, não há, e não sei, infelizmente, dizer a você se já houve esse tipo de atuação.

## **I - Atuação internacional junto a OMS e a UNESCO (se existir).**

Idem à resposta anterior.

## **J- Relação entre credenciamento, abertura, expansão de novos cursos de Medicina e as Ligas**

Acabei citando um pouco disto em alguma resposta acima. Infelizmente, o que temos notado é que a multiplicação acrítica de escolas médicas tem levado à multiplicação também das Ligas Acadêmicas. O problema, é que estas estão sendo criadas sem quaisquer respaldos das instituições de ensino e/ou de órgãos acadêmicos (como mencionei, há faculdades que têm Ligas sem sequer possuírem um Centro ou Diretório Acadêmico). Somos favoráveis à abertura de Ligas, desde que isso não ocorra de forma acrítica. Preferimos “trabalhar” com as Ligas já existentes de forma a melhorar seu funcionamento, incentivar a realização de suas atividades dentro do tripé de ensino, pesquisa e extensão e tentar garantir, de alguma forma, que o trabalho que vem sendo feito por essas instituições seja sério. A ABLAM, até o ano passado, não possuía, diretamente, papel algum sobre o funcionamento/fiscalização das Ligas: basicamente, o que era feito era o cadastro da Liga, auxiliávamos as que necessitavam de ajuda, e por aí... Sempre incentivamos as instituições a nível local para desempenhar esta função, mas o que temos notado é que há uma dificuldade imensa em se criar, em se saber o porquê de se criar, em se saber como manter uma Liga... e principalmente as novas escolas médicas não têm podido fornecer estas informações aos interessados no assunto (não apenas as novas, infelizmente vemos dificuldades mesmo em escolas bastante tradicionais). Sendo assim, aproveitando toda a onda de mudança que a ABLAM tem tomado a partir de 2015, estamos desenvolvendo todo um sistema que dará credibilidade às Ligas que funcionem de forma adequada. Nossa certificação às Ligas e aos acadêmicos será baseada nas atividades que a Liga submeterá em nosso sistema, gerando pontuações específicas (no estilo da CNA – Comissão Nacional de Acreditação da AMB, não sei se você já ouviu falar). Nosso intuito é criar um sistema onde seja possível “se provar” que a Liga esteja funcionando adequadamente, e que num futuro isso seja utilizado como critério para pontuação em processos seletivos de residência médica, etc. Quando tudo ficar pronto terei o prazer de compartilhar com você (se ainda houver tempo e interesse no assunto para a sua tese, rs).

**K- Perfil dos projetos e pesquisas em andamento coordenados e executados pelas ligas.**

Teremos acesso a estas informações a partir do novo sistema de cadastro/certificação que estamos implementando. Assim como não tínhamos dados sobre os membros, sobre o perfil do aluno que compõe a Liga e etc, também, até então, nunca procuramos detalhar as atividades realizadas. Isso está sendo colocado em prática a partir de 2015.

Com nossos votos de sucesso a você e à pesquisa,  
Atenciosamente,  
*Jacqueline Nunes de Menezes*  
*Presidente da ABLAM – Gestão 2014/2015.*

**Anexo 2 - Questionário.**

**Universidade Federal do Ceará**



**Programa de Pós- Graduação em Educação Brasileira  
Núcleo de História e Memória da Educação  
Felipe Franklin de Lima Neto**

**Questionário Aberto de Perguntas Semi-Estruturadas da Pesquisa " A Educação Médica e as Ligas Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal do Ceará: contextos e trajetórias".**

**Agradeço a colaboração e a participação na pesquisa. Ela visa contribuir para o desenvolvimento do debate acerca da educação médica em nossa sociedade.**

**Identificação**

Nome:	Idade:
Sexo:	Renda familiar:
Escolaridade Família:	Crenças religiosas:
Profissão Família:	Hábitos no Lazer:

**Perguntas Abertas Semi-Estruturadas**

- 1- Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.
- 2- Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?
- 3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?
- 4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.
- 5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.
- 6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?
- 7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?
- 8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?
- 9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina.
- 10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?
- 11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.
- 12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?
- 12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?
- 13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?
- 14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

16- Como você definiria " Estudante de Medicina"?

17- Como você definiria " Curso de Medicina"?

18- Como você definiria " Educação Médica"?

19- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

20- Como você definiria " Medicina"?

21- Como você definiria " Médico"?

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

Obrigado pela atenção.

### 1-Identificação

Nome: A

Idade: 25

Sexo: Masculino

Renda

familiar: 1.800,00

Escolaridade Família: Pai e Mãe – ensino médio completo

Crenças religiosas: Nenhuma

Profissão Família: Mãe – costureira; Pai – corretor de imóveis.

Hábitos no Lazer: Netflix; Cinema; Bares; Restaurantes.

### Perguntas Abertas Semi-Estruturadas

1- Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.

Não conheço.

2- Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?

No terceiro dia de aula, a manhã inteira é dedicada à apresentação das ligas existentes, e entendemos que estar nelas são o caminho para ter grupos de estudos em determinada área, levar trabalhos para congresso e publicar artigos. Percebemos que é praticamente regra entrar em uma liga o quanto antes – não ter liga é quase ser um excluído na faculdade.

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?

Estou no último ano de curso, não participo mais de nenhuma, a atenção agora se volta para as provas de residência. Mas participei de dois projetos, com muita alegria.

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.

Bom, agora durante o internato, as atividades ocorrem todas no hospital. Diariamente

nós examinamos os pacientes, checamos exames, descrevemos a evolução médica e fazemos as prescrições, para em seguida passarmos tudo para o preceptor, que vai corrigir ou não. Além disso, há várias aulas, treinamentos, discussões de artigo, palestras. Atualmente os hospitais estão se adequando a uma Lei do Estágio, na qual todo estágio obrigatório não remunerado não pode exceder 40h/semana.

Durante o período pré-internato, havia aulas pela manhã e tarde, sendo algumas teóricas e outras práticas, na beira do leito ou em consultórios. Havia dois turnos livres por semana. Os horários de almoço e turnos livres, às vezes os finais de semana eram dedicados às Ligas.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.

Quanto à Liga de Geriatria, havia reuniões semanais às terças na hora do almoço, de 12:30 às 14:00. Dedicávamos 45min para discutir um tema científico, e o resto do tempo para questões burocráticas, como organizar eventos, cursos e ações de extensão em instituições para idosos. Também estávamos presentes aos sábados para auxiliar o programa Novas Dimensões, na rádio Universitária FM.

Também participei do Programa de Apoio à Vida – PRAVIDA – que trabalha com a prevenção de suicídio. Às quintas, na hora do almoço, havia a reunião geral para questões burocráticas. A partir de 14:00, iniciávamos os atendimentos supervisionados aos pacientes com risco de suicídio, que durava toda a tarde. Nos semestres em que eu não tinha a quinta à tarde livre, eu participava apenas das reuniões burocráticas. Os membros se revezavam para ir ao IJF realizar pesquisa com pacientes internados por tentativa de suicídio e oferecer o nosso serviço no hospital das clínicas. Também realizamos alguns encontros à noite para elaborar pesquisas relacionadas ao tema. Alguns sábados pela manhã organizávamos aulas de capacitações internas entre os membros. E anualmente realizamos eventos como o Curso de Prevenção do Suicídio em Fortaleza, de 40h, o PRAVIDA Intinerante – palestras em cidades do interior, e a Semana de Prevenção do Suicídio, em setembro, culminando com a Caminhada PRAVIDA. O projeto não parava durante as férias, uma vez que envolvia atendimento a pacientes.

Quando havia monitorias do curso durante horário de almoço, faltávamos às reuniões das ligas.

E durante as férias, os dois projetos realizavam reuniões por um final de semana para um planejamento do semestre seguinte.

6- Participa de movimento estudantil? Por quê?

Não. Nunca tive interesse, nem tempo.

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?

Também não.

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

Psiquiatria ou Geriatria – afinidades pessoais.

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina. É muito difícil determinar pontos positivos e negativos de uma faculdade de medicina. Durante todo o curso, muito do que critiquei, depois vi que era necessário, e muito do que concordei, percebi que poderia ser diferente. É uma missão difícil ensinar Medicina quando não se adquire ao longo do curso tanta formação em pedagogia. Pontos positivos são inúmeros, a experiência de competentes médicos que vamos assimilando, o contato constante com pacientes por haver bastante atividade prática, a tradição da faculdade.

Diria que um ponto negativo é a falta de diálogo que predomina entre gestores do curso e muitos professores e alunos. Uma professora do 8º semestre disse reconhecer que os alunos de medicina são diferenciados por se preocuparem com o próprio ensino, dada a responsabilidade que terão em poucos anos, então ela concorda que o diálogo com o estudante deve ser priorizado. Mas o que vemos muitas vezes é aquela premissa de que os alunos só querem vantagem, logo não se deve dar muito crédito/espço a eles, e permanecer com o esquema de somente passar informação.

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Participar de grupos é essencial para crescer e se aperfeiçoar como pessoa.

Além disso, tínhamos espaço para aprender questões científicas com quem tinha afinidade por determinados assuntos. Também as ligas constituem acesso a professores e possibilidade de fazer trabalhos para congresso e publicar artigos. Também é nelas que tínhamos possibilidade de experienciar o atendimento nas áreas que tínhamos afinidade com antecedência ao demais colegas.

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

No caso do Pravida, eram os atendimentos e a caminhada pravida. Quanto à liga de geriatria, era a rádio universitária.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

Semiologia é a principal, pois é a arte de conseguir o maior número de informações, elaborar um raciocínio diagnóstico e decidir qual exame será preciso pedir apenas com entrevista e exame físico. Outra essencial é emergência, pois conforme a organização de saúde no Brasil, acaba que são as emergências que são carentes e estão de portas abertas para receber os recém formados. E também a habilidade de comunicação, assunto urgente dentro das escolas médicas.

Semiologia se destaca por ter um semestre inteiro dedicado ao assunto, porém os dois últimos assuntos só recebem atenção durante os últimos dois meses da fase clínica, pré-internato.

12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

A crítica a fazer é o pouco tempo dedicado a urgências e habilidade de comunicação, além do exagero de tempo dedicado à saúde coletiva, de uma maneira que não acrescenta. Tem semanas que um professor de oncologia recebe a difícil tarefa de ensinar TUDO sobre câncer de mama, ovário e endométrio em duas horas, após essa

aula terá mais duas horas para outro professor falar sobre linfomas e leucemias. Enquanto após o almoço, temos 04 horas de aula em saúde coletiva sobre acupuntura. Ou quando temos uma única manhã dedicada ao ensino de todos os tipos de demências, e uma tarde dedicada a fazer gincana em uma horta procurando plantas medicinais. Não é questão de eliminar esses temas, mas otimizar a carga horária.

13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

Algumas faculdades tem o ensino completamente desenvolvido com base em casos clínicos, toda a grade curricular é debatida pelas alunos, sob supervisão, à luz de casos do dia a dia. Parece ser interessante, mas um equilíbrio é necessário. No final das contas, o maior aprendizado do aluno ocorre quando ele está diante do paciente e toma a responsabilidade sobre a vida dele, e o melhor espaço para isso é no internato.

14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

Não conheço detalhes.

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

Papel de trabalhar em prol da melhora da qualidade de vida em seus diversos aspectos, tanto lidando com tratamento de doenças, como prevenção, educação em saúde, pesquisa, condições psicológico-psiquiátricas, bem estar social, entre outros. Tudo o que interfere em qualidade de vida é alvo de interesse do médico, daí sua importância para a sociedade.

16- Como você definiria "Estudante de Medicina"?

Da mesma maneira que o estudante de Psicologia ou Jornalismo, é a pessoa que está se formando para ser médico.

17- Como você definiria "Curso de Medicina"?

É o espaço destinado a oferecer recursos pessoais, científicos e psicológicos a fim de capacitar estudantes a serem os médicos que a população brasileira precisa.

18- Como você definiria "Educação Médica"?

Árdua missão de formar médicos com visão ampla de cuidado integral à saúde, em um sistema que não favorece nem permite tempo para dedicar-se a tal arte além da prescrição de medicamentos.

19- Como você definiria "Ligas Acadêmicas de Medicina"?

Instrumento encontrado dentro da faculdade de medicina para formar grupos de estudos, pesquisa e/ou extensão, nas áreas com as quais se têm afinidade.

20- Como você definiria "Medicina"?

Ciência do bem estar humano.

21- Como você definiria "Médico"?

Profissional que almeja ver seus pacientes com qualidade de vida. E para isso, trata doenças, identifica fatores de desestabilização daquele cliente, interfere nos fatores de risco, indica cuidados e prevenções. Dentro desse contexto amplo, me ofende o uso pejorativo da palavra "medicalizar", reduzindo apenas à prescrição de medicamentos o

nosso trabalho. Porém, é um desafio ser um profissional completo dessa maneira, uma vez que para atuar em tão variada vertente, é preciso dominar vasto conteúdo científico com propriedade, não se pode basear em achismos. Muitas decisões médicas decorrem do uso do bom senso, uma vez que ainda há muito conteúdo por se descobrir. Se já é um desafio definir condutas em ocasiões onde a ciência ainda não adentrou, imagine se não dominarmos o conhecimento que já está disponível, para nos dar uma sustentação... A formação do médico nunca acaba, porém a maneira como o serviço de saúde se organiza não ajuda. Pois as emergências lotadas são a principal ligação dos sistemas de saúde e a população, e este espaço de atuação rápida permite não muito além da prescrição de medicamentos.

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

Como coloquei, a Medicina é área em constante evolução, acompanhar tudo é tarefa árdua, então toda tecnologia que venha a auxiliar nessa missão é bem vinda, desde que os gastos sejam coordenados de maneira a beneficiar a população.

Obrigado pela atenção.

## 2- Identificação

Nome: B 2º SEMESTRE – 1 SEMESTRE DE LIGA

Idade: 23 anos

Sexo: Masculino

Renda

familiar: R\$ 20.000,00

Escolaridade Família: Superior completo

Crenças religiosas: Católica

Profissão Família: Médico

Hábitos no Lazer: -

## Perguntas Abertas Semi-Estruturadas

1- Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.

Não tenho informação sobre a proposta, não sei em que ela é estruturada.

2- Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?

O meio acadêmico, os próprios alunos.

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?

Sim. Não.

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.

Aulas integrais, LIGA, laboratório... Dia preenchido por completo.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.

Sou coordenador de pesquisa. Fico responsável pela atuação em congresso e a produção de trabalhos científicos.

6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?

Não. Falta de disponibilidade.

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?

Não.

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

Não decidi ainda.

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina. O ensino é extremamente puxado, denso e exige uma dedicação exclusiva. O que é positivo ou negativo dependerá da perspectiva, todavia acredito que o excesso em demasia seria um ponto negativo.

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Formação humana, médica e curricular são o que mais é relevante.

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

Pesquisa. Tenho aptidão pela produção científica.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

A) Fisiologia e Farmacologia

B) Anatomia, fisiologia e farmacologia

C) Farmacologia

12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

Extremamente densa.

13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

Não, não existe um diálogo a respeito dela com a comunidade acadêmica.

14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

x

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

Fundamental importância, um profissional que essencial para o equilíbrio da sociedade.

16- Como você definiria " Estudante de Medicina"?

Apaixonado pelo que faz.

17- Como você definiria " Curso de Medicina"?

Sonho de muitos, realidade de poucos, desafio de todos.

18- Como você definiria " Educação Médica"?

Algo que precisa ser melhorado



19- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

Um bom exemplo de autonomia

20- Como você definiria " Medicina"?

Ciência

21- Como você definiria " Médico"?

Cientista que cuida de pessoas

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

Moldará o futuro médico

Obrigado pela atenção.

Disponha

### 3- Identificação

Nome: C

Idade:22

anos

Sexo: Feminina

Renda

familiar: Não tenho essa informação

Escolaridade

Família:

Ensino

superior

completo

Crenças religiosas: Católica

Profissão Família: (Diversas)

Hábitos no

Lazer: Ler, praticar exercícios físicos

1 - Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.

Resposta: Desconheço

2- Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?

Fiquei sabendo das ligas através de colegas e de professores que as orientam.

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?

Sim. Faço parte da liga de geriatria e gerontologia e da liga do câncer

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.

Como estudante de medicina, além de uma rotina intensa de estudos na própria universidade, procuro estar sempre participando de cursos feitos pelas ligas com o objetivo de aprofundar meus conhecimentos sobre diversas áreas da medicina e de estar sempre revendo o que já foi dado na faculdade.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.

Nas duas ligas que participo, procuramos sempre manter contato com a população através de atividades de extensão, sempre abordando temas que sejam relevantes para a saúde de nosso povo. Fazemos extensões sobre diabetes, hipertensão, prevenção de quedas(no caso de idosos), prevenção dos cânceres de mama, pele e próstata.

6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?

Não

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?

Não

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

Ainda não escolhi a área que quero me especializar. Como ainda estou na metade do curso, ainda há muita coisa a ser vista e avaliada, sendo muito cedo para já ter determinado minha escolha.

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina.

Positivos: Temos muito contato com os pacientes, com médicos experientes, que nos mostram como devemos abordar da melhor maneira nossos doentes.

Negativos: É muita matéria para pouco tempo que nos sobra para estudar.

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Através das ligas nós podemos ter um contato maior com aquelas áreas que nos interessam mais,tendo um conhecimento mais aprofundado em relação ao que vemos na graduação.

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

Extensão, pois através dela podemos passar mais informações à população e ter um contato mais direto com as pessoas.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

Aprecio muito as disciplinas que abordam a clínica, pois é com isso que vamos nos deparar no cotidiano dos postos de saúde. Acho que elas são muito importantes para nos formar como bons generalistas. O mais desafiante para mim são as disciplinas cirúrgicas, pois requerem muito conhecimento anatômico e habilidade do aluno.

12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

Considero que a grade é bem distribuída e que os conteúdos de maior importância para a formação médica são contemplados.

13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

Não conheço.

14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

Não me aprofundei ainda sobre esse tema, e por isso, não tenho recursos para responder a essa pergunta.

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

O médico, sem dúvidas, é um profissional de bastante influência na sociedade, sendo, também, alvo de muitas críticas, devendo por isso buscar sempre fazer seu trabalho de forma honesta e digna, buscando sempre atender da melhor forma possível seus doentes e a medicina é o meio pelo qual o médico pode agir na vida dos que precisam, sendo importante sempre estar atualizado sobre os avanços que vem ocorrendo para dispor das melhores alternativas de tratamento e diagnóstico.

16- Como você definiria " Estudante de Medicina"?

É alguém que busca ajudar ao próximo e que está disposto a lutar pela vida de seus pacientes, nunca perdendo a esperança de prover a cura e o bem estar de seus doentes.

17- Como você definiria " Curso de Medicina"?

Um curso concorrido, que tem muito status mas que muitos não entendem o real significado.

18- Como você definiria " Educação Médica"?

É a ação de preparar seres humanos para lidar diretamente com a vida de outras pessoas, sendo necessária dedicação para educar de maneira eficiente e correta os novos profissionais.

19- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

São grupos de estudantes que se reúnem para se aprofundar sobre determinados temas da medicina, aplicando esses conhecimentos em nível de ensino, pesquisa e extensão.

20- Como você definiria " Medicina"?

A medicina é uma das muitas áreas do conhecimento ligada à manutenção e restauração da saúde. Trabalhando, num sentido amplo, com a prevenção e cura das doenças humanas.

21- Como você definiria " Médico"?

O médico é o profissional treinado para exercer a medicina, se ocupando da saúde humana prevenindo, diagnosticando, tratando e curando as doenças, o que requer conhecimento detalhado de disciplinas acadêmicas (como anatomia e fisiologia) por detrás das doenças e do tratamento - a ciência da medicina - e na sua prática aplicada.

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

A tecnologia tem papel essencial tanto na formação do médico, através de instrumentos que facilitem o aprendizado, quanto no dia a dia do profissional formado, por meio de aparelhos mais modernos e eficientes, de medicamentos mais eficazes.

Obrigado pela atenção.

#### 4- Identificação

Nome: D

Idade: 20 anos

Sexo: feminino

Renda

familiar: 1,5 salário mínimo/pessoa

Escolaridade Família: pais com ensino superior completo, uma irmã graduanda do curso de odontologia, uma irmã cursando o ensino médio e outra cursando o fundamental II

Crenças religiosas: católico

Profissão Família: pai advogado e comerciante; mãe comerciante e funcionária pública

Hábitos no Lazer: cinema, ir à casa dos primos e tios conversar, reunir-se com amigos na casa de um deles e passar a tarde conversando.

#### Perguntas Abertas Semi-Estruturadas

1-- Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.

Não

2-como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?

Na semana de recepção dos calouros há um momento em que cada liga faz uma apresentação elucidando um pouco das ações a que se propõem. Além disso, no decorrer da faculdade, vamos conhecendo mais intimamente as ligas e vamos encontrando em determinadas ligas a identificação com o que desejamos estudar mais.

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?

Sim. Faço parte da Liga de geriatria.

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.

Atualmente tenho aulas teóricas do módulo de imunologia às sextas-feiras, às segundas e quintas à tarde tenho discussão e resolução de casos clínicos no meu grupo tutorial. Nas quartas à tarde, normalmente, tenho aula de necropsia no SVO em Messejana.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.

Sou uma das coordenadoras da Liga de Geriatria, também sou responsável pela ata das reuniões que acontecem às terças-feiras, podendo acontecer às quintas extraordinariamente. Acabei de fazer um estudo sobre cuidadores de idosos, participando de uma capacitação para estes sobre emergências médicas com idosos.

6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?

Não. Incompatibilidade com a mentalidade política de tais movimentos e discordância com os meios mais radicais utilizados por estes para obterem seus objetivos.

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?

Não.

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

Embora ainda ache cedo pra definir em que desejo ingressar, tenho maior curiosidade e identificação pelas áreas da Psiquiatria e da Geriatria.

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina.

Os pontos positivos são a formação que ao final o saldo é extremamente positivo, pois somos capacitados por excelentes profissionais e temos durante o curso a vivência do que é o sistema público de saúde, ficamos no seio do sistema, o que nos prepara pra quaisquer urgência ou situação clínica que venhamos a encontrar. A parte negativa fica pela ainda reduzida prática médica, pela duração exacerbada de alguns módulos menos importantes que outros.

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Dão aos alunos a chance de um aprofundamento em uma área com a qual estes se identifiquem, e assim, podem ter uma maior certeza da sua especialização após a graduação. Além disso, dão aos alunos a possibilidade de contato mais próximo com o tripé que “move” a faculdade – ENSINO+PESQUISA+EXTENSÃO.

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

Liga de Medicina clínica, Liga de Geriatria e Liga do coração. Maior identificação pessoal e porque são as ligas que têm maior poder de investigação de variadas áreas médicas, estuda o processo de envelhecimento, além de colaborar para o seu melhor caminhar, e estuda um órgão nobre, respectivamente.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

Cardiologia (clínica e cirurgia), Psiquiatria, Geriatria. Cardiologia, Psiquiatria, Nefrologia, Endocrinologia e Geriatria. Cardiologia e endocrinologia.

12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

Uma grade que busca dar muita assistência para a Atenção Básica de Saúde, mas que ainda requer um olhar mais cuidadoso para não deixar algumas áreas subaproveitadas, como vemos um módulo de Atenção Básica à Saúde 1, que contempla a parte filosófica do processo saúde-doença e todo o funcionamento do posto de saúde durando mais de 5 meses, e já na mesma grade curricular vemos um módulo como o de cardiologia, imprescindível para quaisquer tipo de atendimento médico desde a Unidade Básica de Saúde até hospitais terciários, ter uma duração e práticas de no máximo 2 meses de duração.

13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

Não.

14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

Uma reforma que busca corretamente uma maior notoriedade para a assistência básica de saúde, mas que está fazendo isso em detrimento de áreas de suma importância para a formação médica. Afinal, o que é uma medicina filosófica sem o conhecimento fisiológico? É uma pessoa com uma caneta sem saber escrever.

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

Como figura emblemática na sociedade, o médico é formador de opinião, um ser influente. Por isso, este deve buscar fazer o seu trabalho, buscar o máximo de melhorias para que possa desempenhar bem sua vocação e, principalmente, buscar o melhor para o paciente, nosso foco do primeiro ao último minuto. Já a Medicina é uma ferramenta de melhora da vida, de restabelecimento da saúde que deve ser utilizada com honra, um instrumento que todos devem ter acesso, mais que uma serva das pessoas, uma amiga de

todas.

16- Como você definiria "Estudante de Medicina"?

Alguém que escolheu seguir a vocação da “arte de salvar vidas” e que sabe o quanto árdua será a sua caminhada para tornar-se tão plenamente o que deseja, pois assim como trabalhará diante do início da vida, da cura, do bom restabelecimento da saúde das pessoas, será ele, muitas vezes, a última imagem vista por alguém, verá a tristeza, verá a perda.

17- Como você definiria "Curso de Medicina"?

Status pra milhões, objetivo de milhares, sonho de vários, desafio pra poucos.

18- Como você definiria "Educação Médica"?

Uma responsabilidade muito grande, pois é ter de saber preparar alguém pra lhe dar com a vida de outras pessoas, é assumir a formação de profissionais que estarão sempre andando na linha tênue entre o mar de rosas e o abismo.

19- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

Grupos de estudo que junto da graduação já põem os graduandos de frente com a realidade do que é viver a Medicina.

20- Como você definiria " Medicina"?

Uma ciência, um modo de vida, um sonho, um amor.

21- Como você definiria "Médico"?

Médico é alguém que tem a vocação de cuidar do outro e que a aceita e a exercita valorosamente todos os dias. É um sinônimo de esperança para muitos enfermos. É o ético, aquele que se vê, diariamente, diante da batalha da vida contra a morte e que sabe que tem de agir, mas que a linha que separa vida de morte é tão tênue que precisa vencer quaisquer medos, sentir-se seguro e buscar acertar, pois ele sabe que aquela vida não sofre sozinha. O principal a sabermos é que essa definição de “médico” cabe aos realmente médicos, excluindo-se disso aqueles que não o são, apenas formaram-se em um curso de Medicina.

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

A tecnologia no “mundo médico” tem o papel de ajudar no trabalho do profissional, podendo ser um instrumento de auxílio no aprendizado incessante do médico ou, principalmente, um instrumento para auxiliar no tratamento e na recuperação do paciente, foco principal de todo o trabalho médico.

Obrigado pela atenção.

## 5- Identificação



Nome: E Idade: 18  
Sexo: feminino Renda  
familiar:  
Escolaridade Família: especialista Crenças  
religiosas: católica apostólica romana  
Profissão Família: gestores de escolas  
públicas Hábitos no Lazer: sair com os  
amigos, atos religiosos, dormir

### **Perguntas Abertas Semi-Estruturadas**

1- Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.  
não

2- Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?  
sim

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?  
sim. sim

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.  
estudo o que amo, faço academia, durmo, saio com amigos nos fins de módulo, participo de projetos sociais e de liga acadêmica.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.  
Encontros semanais, capacitações internas, projetos de extensão, projeto da Rádio Universitária

6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?  
não. Não tenho interesse.

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?  
A Igreja Católica Apostólica Romana.

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

não sei

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina. Sou muito feliz no meu curso, os pontos positivos são infinitamente maiores que os negativos. Positivos: a qualidade do ensino, as possibilidades que se abrem para os alunos

Negativos: Sobrecarga

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Interação e troca de experiências entre alunos de cursos e semestres diferentes, o aprendizado em si, o desenvolvimento de trabalhos, as bolsas

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

Capacitações semanais internas. Aulas de conteúdo excelente ministradas pelos próprios membros.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

não sei ainda, pois sou do 1 semestre

12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

ótima

13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

não

14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

Se for diminuir muito o número de aulas, tirando principalmente momentos de aprendizagem de assuntos essenciais, como anatomia, não acho válido.

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

importante

16- Como você definiria " Estudante de Medicina"?

pessoa comprometida com os estudos e interessada em ajudar o próximo

17- Como você definiria " Curso de Medicina"?

melhor curso do mundo

18- Como você definiria " Educação Médica"?

reflexo das universidades

19- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

interação entre alunos que é edificante e com papel social

20- Como você definiria " Medicina"?

melhor área de trabalho e mais linda

21- Como você definiria " Médico"?

pessoa que estudou muito para tratar pessoas

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

fundamental

## 6- Identificação

Nome: F Idade: 19  
Sexo: F Renda familiar: não  
sei informar  
Escolaridade Família: ensino superior completo  
Crenças religiosas: cristã protestante  
Profissão Família: área da saúde Hábitos no  
Lazer: cinema, corrida

### Perguntas Abertas Semi-Estruturadas

1- Você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.

Não conheço.

2- Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?

Quando entrei na faculdade, integrantes do Centro Acadêmico deram uma palestra acerca do funcionamento e das diferentes ligas que havia na Faculdade de Medicina UFC, além da sua importância para nosso currículo e crescimento acadêmico.

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?

Sim, várias vezes nos unimos a outras ligas e realizamos extensões. Além disso, já participei da Liga do Câncer UFC.

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.

No momento, tenho apenas a faculdade e a liga de geriatria. Além das aulas práticas e teóricas, vamos a várias monitorias ao longo dos módulos.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.

Toda terça-feira nos reunimos, apresentamos capacitações sobre algum tema da geriatria. A minha, por exemplo, foi sobre Hipertensão Arterial no idoso. Além disso, discutimos a parte burocrática da liga, todos os projetos, extensões que planejamos. Atualmente estou no cargo de presidente, então, meu papel é organizar encaminhamentos, direcionar a discussão e cobrar a participação dos integrantes.

6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?

Não, porque nunca tive interesse.

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?

Não

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

Não tenho a área definida ainda.

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina.  
Positivos: sistema de módulos é muito bom, visando uma aprendizagem integrada. As aulas práticas são essenciais também, termos um hospital ajuda muito.

Negativos: carga horária excessiva

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Muito relevante, pois aprendi a trabalhar em grupo, nas suas dificuldades e benefícios. Além disso, pudemos ver a medicina de diferentes formas, além de usar nosso conhecimento em prol da comunidade nas extensões. Juntos conseguimos realizar muitos trabalhos, participar de congressos, o que importa muito para o curriculum.

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

Extensão, pois gosto do contato com a comunidade.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

Até agora a que mais apreciei foi Nefrologia. A mais importante considero as básicas, como anatomia, histologia, patologia. A mais desafiante foi Nefrologia e Ginecologia.

12- Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

Acho que tem uma estrutura boa, o aprendizado fica mais fácil.

13- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

Não

14- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

Não conheço a reforma.

15- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

O papel do médico é de alta importância, tendo em vista que todas as classes sociais necessitam de cuidados para a saúde em algum momento da vida.

16- Como você definiria " Estudante de Medicina"?

Perseverante, esforçado

17- Como você definiria " Curso de Medicina"?

Um desafio diário.

18- Como você definiria " Educação Médica"?

Área encantadora, com suas dificuldades e sua racionalidade.

19- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

Projetos que unem estudantes com objetivos semelhantes em prol do crescimento de todos.

20- Como você definiria " Medicina"?

Curso que estuda afundo o ser humano.

21- Como você definiria " Médico"?

Profissional capaz de utilizar o que aprendeu em prol da saúde do seu paciente.  
Racional e humano ao mesmo tempo.

22- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

Acredito que usada da forma correta, só tem a acrescentar.

## 7 - Identificação

### Semestre 7 – 2, 5 anos de liga

Nome: G

Idade: 25

Sexo: Feminino

Renda

familiar:

Escolaridade Família: Pais com 2 grau completo

Crenças

religiosas: catolicismo

Profissão Família: Comerciantes ( pais), fisioterapeutas ( irmãos)

Hábitos no Lazer: cinema, academia, sair com os amigos, curso de língua estrangeira

### Perguntas Abertas Semi-Estruturadas

1-você conhece a proposta político-pedagógica do seu curso? Em caso afirmativo, contextualize a proposta.

Não.

2-Como você se informou acerca das Ligas Acadêmicas de Medicina?

Durante a semana de apresentação das atividades do curso de medicina e no grupo da

faculdade onde cada liga expõe suas atividades.

3- Conhece e/ou tem contato outras ligas acadêmicas? Participa de alguma delas?  
Participo apenas da LAGG. Temos parcerias com diversas ligas acadêmicas da UFC durante as extensões realizadas.

4- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas como estudante de Medicina.  
Além das aulas teóricas, atendemos alguns pacientes nos ambulatórios didáticos e, posteriormente, discutimos os casos clínicos, com os médicos/professores. Atualmente, além de integrante da LAGG, participo de 3 pesquisas ( cardiologia, nefrologia, neuropsiquiatria geriátrica) e faço estágio na maternidade-escola.

5- Relate o seu cotidiano de atividades desempenhadas na Liga Acadêmica. Se participa mais de uma, por gentileza, relate.

Semanalmente um integrante da liga fica responsável por ministrar uma capacitação de temas diversos. Realizamos extensões em ILPs ou em locais públicos, principalmente, em datas comemorativas como o dia do idoso. Atualmente sou a responsável pela pesquisa de neurogeriatria geriátrica junto ao médico/pesquisador da área.

6- Participa de movimento estudantil ? Por quê?

Não.

7- Participa de alguma associação ou entidade de caráter político, social ou cultural?

Não.

8- Em qual área da Medicina pretende se especializar? Motivo?

Ainda não é possível saber em qual área irei me especializar, pois, provavelmente, vivenciaremos um pouco mais a realidade de cada área apenas no internato. Áreas de interesse no momento: geriatria, infectologia, medicina de emergência.

9- Pontos positivos e negativos do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina.  
Positivos: contato com pacientes desde os semestres iniciais; discussão de casos clínicos com os médicos

Negativos: em alguns módulos, aulas teóricas em excesso e de má qualidade.

10- Qual a relevância das Ligas Acadêmicas de Medicina na sua formação?

Permite adquirir conhecimento de alguns temas que não são abordados de forma eficaz durante a faculdade, maior integração com a comunidade durante as extensões.

11- Qual das atividades da Liga você mais aprecia? Motivo.

Extensão, pois este é o momento onde podemos passar o nosso conhecimento para a população.

12- Quais as disciplinas na faculdade você mais aprecia? Quais disciplinas você considera mais importantes? Quais delas você considera serem as mais desafiantes?

A disciplina de semiologia pode ser considerada a mais importante da faculdade, pois é a base de todas as outras ( contrastar com Nava – Anatomia). As disciplinas que mais me entusiasmaram foram as de Doenças Infecciosas, Nefrologia e Urologia.

13 - Como você analisa a grade curricular do curso de Medicina da UFC?

A grade curricular tenta abordar os principais temas em Medicina, porém, alguns temas tornam-se repetitivos no decorrer do curso.

14- Conhece a proposta de outros cursos de Medicina em Fortaleza, no estado do Ceará, no Brasil e no exterior? Quais aspectos chamaram a sua atenção neles?

Não.

15- Contextualize a proposta de reforma curricular atualmente em curso. Qual a sua visão sobre essa reforma?

Não tenho muito conhecimento acerca da proposta. A universidade deveria abrir um espaço para diálogo e expor as propostas.

16- Como você avalia o papel da Medicina e do profissional médico em nossa sociedade?

Proporcionar, promover e restaurar a saúde.

17- Como você definiria " Estudante de Medicina"?

Estudante de um curso em que é necessário muita responsabilidade, pois, ao fim do curso, seremos responsáveis por promover ou manter a saúde de uma pessoa.

18- Como você definiria " Curso de Medicina"?

Curso intenso, em período integral, que visa proporcionar ao futuro médico, a capacidade de investigar e tratar diversas doenças.

19- Como você definiria " Educação Médica"?

Capacitar os profissionais de saúde e proporcionar meios pelos quais eles irão atuar para melhorar a saúde, reverter epidemias, etc.

20- Como você definiria " Ligas Acadêmicas de Medicina"?

Entidade formada por estudantes em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da medicina.

21- Como você definiria " Medicina"?

Área responsável pela prevenção e cura de diversas doenças; possibilita proporcionar bem estar físico, mental, psicológico e social para as pessoas.

22- Como você definiria " Médico"?

Pessoa responsável por procurar as causas das doenças, procurando sua cura e/ou sua prevenção. Responsável pela promoção de saúde à população.



23- Qual a sua visão acerca do papel da tecnologia no mundo médico?

A tecnologia, se usada de forma prudente e adequada, torna-se um aliado ao ensino médico, além de poder melhorar a relação médico-paciente.

**Maio/2016. (novo banco de dados)**<sup>456</sup>

**Total de ligas do Ceará: 17 ligas de um total de 490 cadastradas nacionalmente de janeiro/2015 até maio/2016.**

**Perfil da liga:**

2 com perfil cirúrgico  
11 com perfil clínico  
3 com perfil “Outro”  
1 com perfil preventivo

**Especialidades:**

2 pediatria  
2 patologia  
1 infectologia  
3 “Outro”  
1 otorrinolaringologia  
2 neurologia  
1 ginecologia e obstetrícia  
1 geriatria  
1 endocrinologia  
1 clínica médica  
1 cirurgia cardiovascular  
1 cardiologia

**Instituição de Ensino:**

5 ligas que pertencem a universidades públicas.  
12 ligas que pertencem a universidades privadas.

**Cidade:**

4 ligas de Fortaleza  
5 ligas de Juazeiro do Norte  
1 liga de Barbalha  
7 ligas de Sobral

**ATIVIDADE DE ASSISTENCIA:**

- 3 não realizam,
- 2 com participação em cirurgia/acompanhamento de procedimentos cirúrgicos,
- 9 com atendimento em ambulatório,
- 1 visita em enfermaria.

---

<sup>456</sup> Enviado por Lara Cochete, diretora de Pesquisa da ABLAM em 23 de Maio de 2016.

- 2 Outros

Média de horário de 2,76 h/semana com variância entre 0-8h.

#### **ATIVIDADE EM EXTENSÃO:**

- Todas realizam,
- 2 participam de mutirão/feira de saúde,
- 9 com campanhas informativas à população,
- 2 oferecem prestação de consultoria à população.
- 4 outra atividade

Média de horário de 3,70h/semana com variância entre 1-10h.

#### **ATIVIDADE TEÓRICA:**

- Todas realizam atividades teóricas.
- 4 realizam palestras sobre temas da área da liga acadêmica,
- 6 promovem discussões de caso clínico,
- 1 participa de cursos, jornadas, simpósios, congressos (excetuando-se o curso introdutório à liga acadêmica),
- 1 curso introdutório
- 3 discussões de artigos científicos
- 2 outro

Média de horário de 2,70h/semana com variância entre 1-4h.

#### **ATIVIDADES DE PESQUISA:**

- 1 não realiza,
- 4 realizam revisão de prontuário para apresentação de relato de caso,
- 5 participam de pesquisas clínicas no hospital de ensino,
- 3 participam de pesquisas experimentais no laboratório
- 2 fornecem iniciação científica com possibilidade de bolsa.
- 2 outra atividade

Média de horário de 3,53h/semana com variância entre 0-8h.

#### **A Liga Acadêmica participa/reúne-se em comitê/sociedade interligas?**

- 8 ligas não participam;
- 4 ligas participam de comitês/sociedades federais;
- 1 ligas participam de comitês/sociedades estaduais;
- 2 ligas participam de comitês/sociedades locais.
- 2 ligas estão criando o comitê.

#### **Seleção de novos membros:**

1 Frequência no Curso Introdutório

15 Prova teórica

1 Outro

13 ligas não aceitam outros cursos se não medicina, 1 aceita enfermagem, 1 fisioterapia e 2 outros.

**Anexo 4 - RESUMO DAS ESTATÍSTICAS GERAIS DA ABLAM NO PERÍODO  
2012-2014**<sup>457</sup>

---

<sup>457</sup> Enviado em 10 de Janeiro de 2015 por Tassia Saito, Diretora do Departamento Científico da ABLAM

- 695 Ligas Acadêmicas cadastradas na ABLAM<sup>458</sup>

## **REGIÃO CENTRO OESTE**

- Representatividade: 52 Ligas (7,48%)

- Instituições de Ensino:

- 11 públicas,
- 39 privadas,
- 2 não relataram.

- Estados:

- Mato Grosso 8 (15%),
- Mato Grosso do Sul 3 (5,6%),
- Goiás 8 (15%),
- Distrito Federal 33 (62,2%).

- Especialidades:

- 1) Anatomia: 1
- 2) Anestesiologia: 3
- 3) Angiologia: 1
- 4) Cardiologia/Cirurgia Cardíaca: 7
- 5) Cirurgia do Trauma: 1
- 6) Cirurgia geral: 3
- 7) Clínica Médica: 2
- 8) Diagnóstico por Imagem: 1
- 9) Dor: 1
- 10) Endocrinologia: 1
- 11) Farmacologia: 1
- 12) Gastroenterologia: 2
- 13) Ginecologia e Obstetrícia: 3
- 14) Hipertensão: 1
- 15) Mastologia: 1
- 16) Medicina baseada em evidências: 1
- 17) Medicina da Família: 3
- 18) Medicina de urgência: 2
- 19) Neurologia/Neurocirurgia: 4
- 20) Oftalmologia: 2

---

<sup>458</sup> Solicitamos um mapeamento e uma sondagem sobre as Ligas e os Centros Acadêmicos de Medicina do país à DENEM. Em mensagem virtual Michel Alves nos informou que: “Então, sobre o mapeamento, não posso te passar nada pois não temos algo concreto. Porque diferente da ABLAM, que trabalha com cadastro formal no site. Nós trabalhamos com os órgãos de representação estudantil. Centros e diretórios acadêmicos. Então não temos como te passar um mapeamento das ligas "associadas" a DENEM, Infelizmente”.

- 21) Oncologia: 3
- 22) Pediatria/Cirurgia Pediátrica: 3
- 23) Pneumologia: 1
- 24) Reumatologia: 1
- 25) Saúde coletiva: 1
- 26) Semiologia: 1
- 27) Urologia: 1

- Atividades:

- Assistência: Cinco ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade em assistência. A carga horária com atividades de assistência variou entre 0-9h semanais, com média de 3,15h semanais.
- Extensão: Nove ligas cadastradas não possuem atividade em extensão. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 1,96h semanais.
- Teórica: Duas ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade teórica. A carga horária com atividades teóricas variou entre 0-10h semanais, com média de 2,26h semanais.
- Pesquisa: Oito ligas cadastradas não possuem atividade em pesquisa. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 2,05h semanais.

## **REGIÃO NORTE**

- Representatividade: 79 Ligas (11,3%)

- Instituições de Ensino:

- 30 públicas,
- 49 privadas,
- 2 não responderam

- Estados:

- Tocantins 31 (39,2%)
- Rondônia 17 (21,5%)
- Pará 9 (11,3%)
- Amazonas 9 (11,3%)
- Acre 9 (11,3%)
- Amapá 4 (5%)

- Especialidades:

- 1) Acupuntura: 1
- 2) Administração em saúde: 1
- 3) Anatomia: 1
- 4) Cardiologia/Cirurgia Cardíaca: 5
- 5) Cirurgia do Trauma: 2
- 6) Cirurgia geral: 11
- 7) Cirurgia plástica: 1

- 8) Cirurgia torácica: 2
- 9) Cirurgia vascular: 1
- 10) Clínica Médica: 1
- 11) Diagnóstico por Imagem: 2
- 12) Endocrinologia: 4
- 13) Gastroenterologia: 2
- 14) Geriatria: 1
- 15) Ginecologia e Obstetrícia: 4
- 16) Hematologia:
- 17) Hepatologia: 1
- 18) Infectologia: 1
- 19) Medicina da Família: 3
- 20) Medicina de urgência: 2
- 21) Medicina esportiva: 1
- 22) Medicina intensiva: 1
- 23) Medicina legal: 1
- 24) Neurologia/Neurocirurgia: 5
- 25) Oftalmologia: 1
- 26) Oncologia: 5
- 27) Ortopedia: 4
- 28) Otorrinolaringologia: 1
- 29) Patologia: 2
- 30) Pediatria/Cirurgia Pediátrica: 10
- 31) Psicoterapia: 1
- 32) Psiquiatria: 1

- Atividades:

- Assistência: Cinco ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade em assistência. A carga horária com atividades de assistência variou entre 0-10h semanais, com média de 3,08h semanais.
- Extensão: Duas ligas cadastradas não possuem atividade em extensão. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-6h semanais, com média de 2,16h semanais.
- Teórica: Todas as ligas realizam algum tipo de atividade teórica. A carga horária com atividades teóricas variou entre 1-8h semanais, com média de 2,46h semanais.
- Pesquisa: Duas ligas cadastradas não possuem atividade em pesquisa. Uma não respondeu. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-8h semanais, com média de 2,22h semanais.

## **REGIÃO SUL**

- Representatividade: 63 Ligas (9%)
- Instituições de Ensino:



- 20 públicas,
- 43 privadas,

- Estados:

- Santa Catarina 19 (30,15%)
- Paraná 20 (31,74%)
- Rio Grande do Sul 24 (38,09%)

- Especialidades:

- 1) Anestesiologia: 1
- 2) Bioética: 1
- 3) Cardiologia/Cirurgia Cardíaca: 2
- 4) Cirurgia do Trauma: 3
- 5) Cirurgia geral: 6
- 6) Cirurgia plástica: 4
- 7) Clínica Médica: 3
- 8) Dermatologia: 1
- 9) Diagnóstico por Imagem: 1
- 10) Dor: 2
- 11) Endocrinologia: 1
- 12) Gastroenterologia: 3
- 13) Geriatria: 2
- 14) Ginecologia e Obstetrícia: 1
- 15) Hepatologia: 2
- 16) Medicina da Família: 2
- 17) Nefrologia: 1
- 18) Neurologia/Neurocirurgia: 4
- 19) Nutrologia: 2
- 20) Oftalmologia: 1
- 21) Oncologia: 3
- 22) Ortopedia: 1
- 23) Pediatria/Cirurgia Pediátrica: 9
- 24) Pneumologia: 1
- 25) Psiquiatria: 1
- 26) Semiologia: 2
- 27) Técnica cirúrgica: 1
- 28) Urologia: 2

- Atividades:

- Assistência: Onze ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade em assistência. A carga horária com atividades de assistência variou entre 0-9h semanais, com média de 3,43h semanais.
- Extensão: Treze ligas cadastradas não possuem atividade em extensão. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 1,44h semanais.

- Teórica: Uma liga cadastrada não realiza qualquer tipo de atividade teórica. A carga horária com atividades teóricas variou entre 0-6h semanais, com média de 1,87h semanais.
- Pesquisa: Treze ligas cadastradas não possuem atividade em pesquisa. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 1,21h semanais.

## **REGIÃO NORDESTE**

- Representatividade: 133 Ligas (19,13%)

- Instituições de Ensino:

- 65 públicas,
- 68 privadas,

- Estados:

- Alagoas 3 (2,25%)
- Bahia 14 (10,52%)
- Ceará 20 (15,03%)
- Maranhão 23 (17,29%)
- Paraíba 43 (32,33%)
- Pernambuco 10 (7,51%)
- Piauí 6 (4,51%)
- Rio Grande do Norte 10 (7,51%)
- Sergipe 4 (3%)

- Especialidades:

- 1) Acupuntura: 1
- 2) Anatomia: 5
- 3) Anestesiologia: 2
- 4) Bioética: 1
- 5) Bioquímica: 1
- 6) Cardiologia: 4
- 7) Cirurgia de cabeça e pescoço: 2
- 8) Cirurgia do trauma: 3
- 9) Cirurgia geral: 9
- 10) Cirurgia plástica: 3
- 11) Clínica médica: 10
- 12) Dermatologia: 4
- 13) Diagnostico por imagem: 4
- 14) Endocrinologia: 2
- 15) Gastroenterologia: 8
- 16) Genética: 2

- 17) Ginecologia e obstetrícia: 5
- 18) Hematologia: 3
- 19) Infectologia: 1
- 20) Medicina esportiva: 3
- 21) Medicina legal: 2
- 22) Medicina da família: 2
- 23) Medicina intensiva: 4
- 24) Nefrologia: 1
- 25) Neurologia: 15
- 26) Oftalmologia: 5
- 27) Oncologia: 8
- 28) Ortopedia: 1
- 29) Otorrinolaringologia: 1
- 30) Patologia: 1
- 31) Pediatria: 12
- 32) Psiquiatria: 2
- 33) Semiologia: 1
- 34) Urgência e emergência: 5

- Atividades:

- Assistência: Doze ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade em assistência. A carga horária com atividades de assistência variou entre 0-10h semanais, com média de 4,59h semanais.
- Extensão: Quatro ligas cadastradas não possuem atividade em extensão. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 2,65h semanais.
- Teórica: Todas as realizam algum tipo de atividade teórica. A carga horária com atividades de assistência variou entre 1-10h semanais, com média de 2,99h semanais.
- Pesquisa: Dez ligas cadastradas não possuem atividade em pesquisa. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 2,43h semanais.

## **REGIÃO SUDESTE**

- Representatividade: 359 Ligas (51,65%)

- Instituições de Ensino:

- 56 públicas,
- 303 privadas,

- Estados:

- São Paulo
- Minas Gerais
- Espírito Santo
- Rio de Janeiro

- Especialidades:

- 1) Acupuntura: 3
- 2) Administração em saúde: 1
- 3) Alegria: 1
- 4) Alergia/Imunologia: 3
- 5) Anatomia: 6
- 6) Anestesiologia: 14
- 7) Atendimento pré-hospitalar: 1
- 8) Cardiologia/Cirurgia cardíaca: 18
- 9) Cirurgia de cabeça e pescoço: 1
- 10) Cirurgia do trauma: 5
- 11) Cirurgia geral: 17
- 12) Cirurgia plástica: 9
- 13) Cirurgia torácica: 2
- 14) Cirurgia vascular: 3
- 15) Cirurgia Videolaparoscópica: 1
- 16) Clínica médica: 22
- 17) Coloproctologia: 2
- 18) Cuidados paliativos: 1
- 19) Dermatologia: 7
- 20) Diagnóstico por imagem: 9
- 21) Dor: 2
- 22) Embriologia: 1
- 23) Endocrinologia: 7
- 24) Farmacologia: 2
- 25) Fisiologia: 3
- 26) Gastroenterologia: 7
- 27) Genética: 1
- 28) Geriatria: 5
- 29) Ginecologia e obstetrícia: 14
- 30) Hematologia: 2
- 31) História da medicina: 2
- 32) Homeopatia: 1
- 33) Humanidades: 1
- 34) Infectologia: 5
- 35) Medicina da família: 17
- 36) Medicina do trabalho: 1
- 37) Medicina esportiva: 4
- 38) Medicina intensiva: 4
- 39) Medicina legal: 1
- 40) Nefrologia: 8
- 41) Neonatologia: 3
- 42) Neurologia: 26

- 43) Nutrição: 1
- 44) Oftalmologia: 9
- 45) Oncologia: 16
- 46) Ortopedia: 9
- 47) Otorrinolaringologia: 4
- 48) Patologia: 6
- 49) Pediatria/Cirurgia Pediátrica: 44
- 50) Pneumologia: 1
- 51) Procedimentos básicos: 1
- 52) Psiquiatria: 7
- 53) Raciocínio clínico/cirúrgico: 1
- 54) Saúde pública: 1
- 55) Semiologia: 3
- 56) Sono: 1
- 57) Transplante: 1
- 58) Urgência e emergência: 9
- 59) Urologia: 2

- Atividades:

- Assistência: Cinquenta e seis ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade em assistência. A carga horária com atividades de assistência variou entre 0-10h semanais, com média de 2,88h semanais.
- Extensão: Setenta e três ligas cadastradas não possuem atividade em extensão. Uma não respondeu. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 1,6h semanais.
- Teórica: Duas ligas cadastradas não realizam qualquer tipo de atividade teórica. Quatro não responderam. A carga horária com atividades de assistência variou entre 1-10h semanais, com média de 2,19h semanais.
- Pesquisa: Sessenta e uma ligas cadastradas não possuem atividade em pesquisa. Cinco não responderam. A carga horária com atividades de extensão variou entre 0-10h semanais, com média de 1,46h semanais.

## **Anexo 5 – Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina - ABLAM<sup>459</sup>**

---

<sup>459</sup> As Diretrizes aqui dispostas contaram com o apoio institucional da Associação Médica Brasileira (AMB). O endereço das entidades é o mesmo. Associação Médica Brasileira Rua São Carlos do Pinhal, 324 CEP: 01333-903 - Bela Vista – São Paulo – SP Telefone (+55 11) 3178-6800 / Fax: (+55 11) 3178-

## **Introdução**

As Ligas Acadêmicas são entidades constituídas fundamentalmente por estudantes, em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da Medicina. Para tanto, as atividades das Ligas Acadêmicas se orientam segundo os princípios do tripé universitário de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Esse modelo de ação social e complementação acadêmica nasceu no Brasil, em 1918, com a criação da Liga de Combate à Sífilis da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na qual os estudantes, utilizando-se dos conhecimentos aprendidos ao longo do curso, montavam postos de profilaxia e tratamento gratuito à população.

Nos anos seguintes, diversas iniciativas semelhantes foram surgindo nas mais variadas instituições de ensino médico do país. Seguindo a tendência do aumento de faculdades de medicina em todo o Brasil, é possível observar um aumento exponencial do número de Ligas Acadêmicas, principalmente nas últimas décadas.

Ao final da década de 1990, as discussões em Educação Médica passaram a considerar a possibilidade de os estudantes incluírem parte de suas grades curriculares com Ligas, o que corroborou ainda mais para o reconhecimento pleno desse tipo de atividade acadêmica.

A fundação da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina – ABLAM – acontece em 2005, durante o 8º Congresso Brasileiro de Clínica Médica, e conta com o apoio de várias entidades médicas regionais e nacionais. A criação dessa Associação vem reforçar a complexidade organizacional que se pode encontrar neste tipo de atividade.

Estabelecer as diretrizes gerais de Ligas Acadêmicas de Medicina é uma das ações da ABLAM no sentido de melhor orientar a organização e funcionamento das Ligas em todo o país.

Após aprofundado estudo sobre o funcionamento de Ligas de diferentes instituições no Brasil, chegou-se ao documento encontrado nesta publicação, devendo ser observado por todas as Ligas que desejem associar-se à ABLAM.

### **Diretoria ABLAM – Gestão 2009-2011**

Arthur Hirschfeld Danila - Presidente  
Marcílio José de Oliveira Filho - Vice-presidente  
Flávio Taniguchi - Tesoureiro

## **Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina**

Definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos a serem observados na formação e funcionamento de uma Liga Acadêmica de Medicina no Brasil.

Aprovadas em Assembleia Geral da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina realizada em 3 de outubro de 2010.

### **Da Definição e Finalidade**

*Artigo 1º - A **Liga Acadêmica de Medicina** (“LAM”) é associação Civil e científica livre, de duração indeterminada, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade da instituição de ensino que a abriga, que visa complementar a formação acadêmica em uma área específica do campo médico, por meio de atividades que atendam os princípios do tripé universitário de ensino, pesquisa e extensão.*

Parágrafo único – A **LAM** deverá funcionar em acordo com o conjunto de Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina normatizadas pela **Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina** (“**ABLAM**”), e reconhecê-la como entidade de representação em seu nível e campo de atuação, preservando, no entanto, sua plena autonomia.

*Artigo 2º – A **LAM** tem por finalidade:*

I – complementar, atualizar, aprofundar e/ou difundir conhecimentos e técnicas em áreas específicas da Medicina;

II – estender à sociedade serviços advindos das atividades de ensino e de pesquisa, articulando-os de forma a viabilizar a interação entre a universidade e a sociedade;

III – estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento;

IV – desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento de doenças, bem como de proteção e recuperação da saúde sob supervisão médica;

V – colaborar com a instituição de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais;

VI – estender serviços à comunidade, buscando integração com as instituições de ensino, para a solução dos problemas médico-sociais;



VII – desenvolver atividades de divulgação científica, técnica ou tecnológica por meio de cursos, projetos, exposições, palestras, seminários, simpósios, jornadas, encontros, oficinas, reuniões ou congressos.

*Artigo 3º - A LAM apresenta como princípios educacionais, as seguintes competências e habilidades gerais, em acordo com o conjunto de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina:*

- I – Atenção à Saúde;
- II – Tomada de decisões;
- III – Comunicação;
- IV – Liderança;
- V – Administração e gerenciamento;
- VI – Educação permanente.

Parágrafo único – A relação entre ensino, pesquisa e extensão proporcionada pela atuação da LAM se destina a enriquecer o processo pedagógico, possibilitando uma socialização do saber acadêmico e uma dinâmica de atividades entre a comunidade e o curso de graduação.

### **Das Competências**

*Artigo 4º -- À entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição, compete:*

- I – cadastrar as LAM anualmente;
- II – fiscalizar as atividades das LAM;
- III – facilitar o acesso e a comunicação das LAM entre si e com os outros órgãos de fiscalização, como a ABLAM;
- IV – incentivar a criação de novas LAM, fornecendo a assessoria necessária;
- V – formular mecanismos de normatização da abertura de LAM, tomando como base o conjunto de Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina normatizadas pela ABLAM

Parágrafo único – A coordenação e fiscalização das LAM no âmbito da instituição de ensino deverá ser realizada com a participação do Centro ou Diretório Acadêmico, eventualmente organizado em Departamento Científico ou Conselho de Ligas Acadêmicas de Medicina.

Artigo 5º - À instituição de ensino à qual a LAM é vinculada, compete:

- I – reconhecer a LAM como atividade extracurricular organizada, reconhecendo como válida toda a documentação ou certificação emitida pela diretoria da LAM; ;
- II – incentivar e criar condições para a atuação da LAM; ;
- III – regulamentar as atividades da LAM que ocorrerem em seus departamentos ou complexos hospitalares;
- IV – possibilitar o eventual registro da atividade da LAM como atividade extracurricular, permitindo a possível obtenção de créditos;
- V – manter estreito relacionamento com a entidade de coordenação e fiscalização das LAM na sua instituição.

Artigo 6º - À Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina, compete:

- I – fomentar a difusão do conhecimento médico entre LAM de um mesmo tema por meio da realização de encontros, simpósios e congressos interligas em âmbito local, regional e nacional;
- II – incentivar o relacionamento, a integração e a mobilidade entre LAM com criação das sociedades e comitês de um mesmo tema;
- III – permitir a troca de experiências entre LAM de todo o país, por meio de um cadastro nacional acessível a todas LAM associadas;
- IV – contribuir com o contínuo aprofundamento da discussão conceitual de LAM , no que tange a suas atribuições, modos de organização e modelos de fiscalização;
- V – incentivar a criação de novas LAM e auxiliar para que essas estejam em acordo com o conjunto de Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina;
- VI – conferir um padrão de qualidade de atuação das LAM associadas;
- VII – valorizar as LAM frente às respectivas instituições de ensino e sociedades de especialidades médicas;
- VIII – manter estreito relacionamento com a entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino.

Artigo 7º - Compete à LAM

- I – funcionar em acordo com o conjunto de Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina normatizadas pela ABLAM;

- II – estabelecer sua organização administrativa e definir suas atividades;
- III – registrar e contabilizar a frequência de seus membros às atividades desenvolvidas;
- IV – criar possibilidades de aferições quantitativas ou qualitativas quanto ao aproveitamento dos membros da LAM , no referente a atividades desenvolvidas;
- V – decidir sobre o ingresso de alunos não matriculados na graduação da sua instituição de ensino;
- VI – manter atualizado seu cadastro junto à entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino;
- VII - – manter atualizado seu cadastro junto à ABLAM

### **Da Criação e do Estatuto ou Regimento**

*Artigo 8º - Qualquer aluno devidamente matriculado em um curso de graduação da instituição de ensino poderá criar uma LAM.*

Parágrafo 1º – A LAM deverá estar em acordo com o estatuto ou regimento da entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino.

Parágrafo 2º – A LAM deverá funcionar em acordo com o conjunto de Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina normatizadas pela ABLAM

*Artigo 9º - A diretoria da LAM será composta exclusivamente por estudantes, dos quais pelo menos um deverá estar matriculado no curso de graduação de medicina da instituição de ensino de origem.*

*Artigo 10º - A LAM será de responsabilidade de pelo menos um médico ou professor orientador da sua área de atuação e da instituição com qual esteja vinculada, podendo ser sugerido pelo seu departamento ou disciplina.*

*Artigo 11º - A LAM será composta por membros que são estudantes matriculados no curso de graduação de medicina da sua instituição de ensino e de outras áreas da saúde. Parágrafo único – Médicos, professores, profissionais e pesquisadores relacionados ao tema poderão participar das atividades da LAM na qualidade de colaboradores.*

Artigo 12º- *O médico ou professor orientador tem as funções de:*

- I – Supervisionar todas as atividades administrativas das LAM;
- II – Organizar a programação das atividades da LAM juntamente à sua diretoria;
- IV – Colaborar com a orientação dos trabalhos científicos realizados pelos componentes da LAM;
- VI – Supervisionar e acompanhar as atividades de assistência da LAM; ;
- VI – Incentivar a criação de ações da LAM no âmbito da extensão universitária.

Artigo 13º - *Para as atividades da LAM , será necessário o acompanhamento de médicos com titulação mínima de Residentes nas áreas de atuação da LAM*

Artigo 14º - *A LAM deverá possuir uma carga horária mínima de atividades semanais por aluno.*

Artigo 15º - *A LAM deverá apresentar à entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino e à ABLAM um estatuto ou regimento que conterà, sob pena de nulidade:*

- I – a denominação, os fins e a sede da LAM;
- II – os requisitos para a admissão e exclusão dos membros;
- III – os direitos e deveres dos membros;
- IV – o modo de constituição e de funcionamento da LAM; ;
- V – as condições para a alteração das disposições regimentais e para a dissolução da LAM;
- VI – a forma de gestão administrativa e de aprovação das respectivas contas.

### **Da Estrutura e Funcionamento Do Ingresso de Membros à Liga Acadêmica**

Artigo 16º - *Caberá à LAM apresentar critérios claros e precisos quanto ao ingresso de novos membros.*

Parágrafo 1º – Os critérios deverão ser previamente explicitados, de tal modo que os itens que serão valorizados fiquem claros. Caso haja realização de prova, o conteúdo e a bibliografia deverão ser claramente divulgados.

Parágrafo 2º – Deverão ser informados quais anos do curso médico poderão ingressar nas LAM e se há restrições a esse ingresso e/ou às atividades aos alunos de outras instituições e/ou outros cursos de graduação;

Parágrafo 3º – No caso de ingresso de alunos de outros cursos de graduação, deverão ser respeitadas as diretrizes curriculares específicas dos mesmos quanto às atividades oferecidas pela LAM.

### **Dos Deveres da Liga Acadêmica**

*Artigo 17º- A LAM deverá realizar o seu cadastro periodicamente na entidade de ordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino.*

Parágrafo único – A LAM deverá notificar quaisquer alterações em seu cadastro e/ou estatuto ou regimento, sob pena de anulação de sua condição de LAM

*Artigo 18º - A LAM associada à Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina deverá manter anualmente atualizado o seu cadastro.*

Parágrafo 1º – A LAM deverá notificar quaisquer alterações em seu cadastro e/ ou estatuto ou regimento, sob pena de descredenciamento da ABLAM;

Parágrafo 2º – No caso de infração desse artigo pela LAM , caberá à ABLAM o envio de documento comunicando o fato à entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino, para a tomada de decisões;

Parágrafo 3º – Para o credenciamento junto à ABLAM, , deverá ser incluído na solicitação parecer favorável assinado pela entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino.

*Artigo 19º- A LAM deverá entregar anualmente e/ou junto à troca de sua diretoria um relatório sobre as atividades por ela desenvolvida à entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino.*

Parágrafo 1º – Este relatório deverá ser composto pelas fichas de cada integrante da LAM e pelo relato das atividades desenvolvidas pela LAM no período, acompanhado de discussão crítica sobre as possibilidades de melhoria.

## **Dos Créditos Acadêmicos**

Artigo 20º - *Em algumas instituições de ensino, os membros da LAM poderão contabilizar créditos no currículo de graduação, sendo necessário seguir os critérios definidos pela instituição de ensino, e devendo a LAM oferecer os documentos que atestem frequência e/ou nota e comprometimento satisfatórios dos membros para o recebimento dos créditos.*

Parágrafo único – A LAM é soberana na decisão de se deverá ou não solicitar a validação de créditos pelas suas atividades à instituição de ensino.

Artigo 21º - *Receberá certificado de membro da LAM o membro que seguir os critérios adotados pela LAM, e que esteja em acordo com as normas estipuladas pela entidade de coordenação e fiscalização das LAM na instituição de ensino.*

## **Disposições transitórias**

Artigo 22º - *A implantação e desenvolvimento das Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina devem orientar e propiciar concepções de Ligas de Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente fiscalizadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.*

Artigo 23º - *Este conjunto de diretrizes entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.*

Arthur Hirschfeld Danila  
Presidente da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina  
**Gestão 2009-2011**

## **Anexo 6 - Cartilha DENEM Sobre Ligas Acadêmicas<sup>460</sup>**

---

<sup>460</sup> Produzido pela CoCien – Coordenação Científica da DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina em Julho de 2014.

## Sumário

O	que	são	as	Ligas	Acadêmicas?
06					
Ligas	Acadêmicas	e	o	Tripé	Universitário
10					
Como	Organizar	a	sua	Liga	Acadêmica
17					
Como	Regulamentar	sua	Liga	Acadêmica	
18.					
O					Estatuto
20					
Anexo	1	–	Modelo	de	Estatuto
22					

Pensando no aumento cada vez maior de ligas acadêmicas nas faculdades de medicina no Brasil e no interesse que elas despertam nos alunos, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), tem buscado se aproximar mais dessa realidade inegável atualmente. Nosso objetivo enquanto Coordenação Científica da DENEM é oferecer apoio aos alunos participantes de ligas acadêmicas ou que desejam montar uma, a fim de torná-las um instrumento para melhor formação de médicos competentes, humanizados e socialmente responsáveis, capazes de atuar com ética, nos diferentes níveis de atenção, como promotores da saúde integral do ser humano.

## O QUE SÃO AS LIGAS ACADÊMICAS?

Vamos começar com um histórico da formação das ligas acadêmicas. Aqui, nosso objetivo é fazer uma reflexão sobre o propósito da existência das ligas, ponderando aspectos positivos e negativos.

No início do século XX, havia uma preocupação muito grande na cidade de São Paulo com as doenças venéreas, em especial a Sífilis, por causa da disseminação fácil. E é desta época que se tem o registro da primeira liga acadêmica do Brasil, a Liga de Combate a Sífilis da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, fundada em 29 de Agosto de 1920.

Com participação do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (CAOC), a Liga de Combate à Sífilis teve um importante papel no tratamento e prevenção dessa doença no início do século XX, tendo em 1942, com 20 anos de fundação, realizado em seus ambulatórios



atendimento a 24398 doentes, sendo 11884 mulheres, 11569 homens e 945 crianças. Como podemos ver, a Liga priorizava em suas atividades o trabalho com a população;

“Capítulo I, Art 2º - Dos seus Fins e Meios: A Liga de Combate à Syphilis terá como fins: Realizar gratuitamente o tratamento profilático e curativo da lues, em todos os doentes que, reconhecidamente pobres, solicitem seu auxílio nesse sentido e contribuir, nas possibilidades ao seu alcance, para a intensificação da luta contra essa moléstia, promovendo, quando julgar oportunas, conferências públicas, publicando folhetos e outros impressos, de maneira a ministrar ao povo conhecimentos que possam redundar em seu benefício.”  
Liga de Combate a Sífilis, 1924.

Para sua manutenção, os estudantes necessitavam de recursos que eram conseguidos através de doações oficiais e particulares, mas a maioria vinha de promoções realizadas pelos próprios estudantes e bailes beneficentes.

Podemos perceber que, atividades extracurriculares nos moldes de uma liga foram, originalmente criadas com o objetivo de aplicar os conteúdos apreendidos no curso de graduação, indo para além dos muros da Universidade, se aproximando da comunidade. Mas, e hoje? O que são as ligas acadêmicas?

Ligas acadêmicas são grupos de alunos, que se organizam para discutir e aprofundar conhecimentos sobre um determinado assunto na área da saúde. São ministradas aulas teóricas por alunos e/ou professores, organizadas atividades de pesquisa e extensão, além de cursos e simpósios, também são oferecidas oportunidades de estágios em unidades de saúde públicas e privadas.

Entretanto, nem todas as ligas se estruturam dessa maneira, tampouco cumprem todas essas funções. Apesar de termos hoje um fenômeno de explosão de ligas acadêmicas nos cursos de graduação em medicina, nem sempre isso significa algo positivo, já que diversos estudos apontam problemas graves no que diz respeito às ligas, entre eles: incentivo à especialização precoce, transmissão de conteúdos equivocados, falta de supervisão docente adequada (resultando em exercício ilegal da profissão), tentativa de suprir deficiências nos currículos, reprodução de vícios acadêmicos, como o não investimento em atividades de pesquisa e extensão, etc.

Por outro lado, há um interesse cada vez maior por parte dos estudantes em formar e participar da ligas. E são muitos os motivos que levam os alunos a isso: necessidade de complementação de currículos que não transmitem segurança aos estudantes, aproximação da prática médica (já que, muitas vezes, falta ao aluno “colocar a mão na massa”), necessidade de reconhecimento social, necessidade de se reconhecer enquanto adulto profissionalmente responsável, integração com colegas e identificação com um grupo, qualificação do currículo e ainda, possibilidade de aprender com entusiasmo, já que a participação nessas atividades não é obrigatória e a sua aceitação ou não, significa uma autonomia do aluno sobre seu aprendizado.

Muitas vezes ouvimos professores e até alunos dizerem que são contra as ligas acadêmicas, justamente por se prender a essas características negativas que muitas ligas tem assumido. Porém, não se trata de negarmos a existência das ligas ou criticá-las de forma superficial, sendo contra sua existência. Temos que ter em mente que as ligas acadêmicas são importantes, sim, para a formação dos alunos, mas para isso, temos que estar atentos aos problemas a serem combatidos, para não repetirmos os equívocos que comentamos acima.

É necessário que ocorra uma forte articulação entre ensino, pesquisa e extensão, ressaltando o tripé universitário, que abordaremos mais à frente. Além disso, é importante se afastar da lógica de forma de ações de extensão, que não se limitem a simples prestação de serviços de saúde ou a realização de feiras de saúde algumas vezes por ano.

“O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando 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.”

Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina, art. 3º – 2001.

Ainda de acordo com as DCN's de 2001, para que esse modelo de profissional seja atingido, os alunos devem conquistar, ao longo da graduação, competências e habilidades em atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e em educação permanente. Também estão previstas nos currículos, atividades complementares, que incluem monitorias e estágios, iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Com isso se percebe a importância de se realizarem atividades complementares ao currículo formal, que permitam aos alunos uma autonomia sobre sua formação, permitindo que obtenham essas competências. O que pode ser atingido com o desenvolvimento de ações de extensão, estudos complementares, atividades de pesquisa, entre outros, o que inclui as ligas acadêmicas.

Isso porque, apesar de terem uma supervisão docente, as ligas são atividades que partem de uma motivação dos alunos. São desejadas, pensadas, organizadas, estruturadas e conduzidas com participação massiva de grupos de alunos. Nesse sentido, as ligas tem um enorme potencial para que sejam desenvolvidos e aperfeiçoados aspectos de gestão de pessoas, situações e recursos financeiros, capacidade de trabalho em equipe, liderança, auto-gestão do conhecimento, afirmação e amadurecimento do estudante enquanto adulto profissionalmente responsável e integração social.

Conforme estamos dizendo até aqui, todas essas características são imprescindíveis para a formação de profissionais de saúde capazes de atender seus pacientes de modo

integral, com políticas de promoção e prevenção em saúde, trabalhando com equipes compostas por profissionais de diferentes campos e reconhecendo e valorizando esses diferentes saberes. Tudo isso, independentemente de qual especialização esse profissional vá seguir.

Infelizmente, porém, muitos modelos de ligas acadêmicas hoje em dia estão bem distantes de tudo que colocamos aqui e várias são as razões. Muito disso ocorre por uma cultura existente nas universidades de supervalorização de atividades de pesquisa, principalmente, e ensino em detrimento das práticas de extensão, questão pouco trabalhada em grande parte das faculdades de medicina, associada ao incentivo à especialização precoce. Além disso, inúmeras são as dificuldades encontradas pelos alunos para buscar recursos financeiros e apoio pedagógico.

Por isso, organizamos esse material buscando apresentar um pouco do complexo histórico de formação das ligas acadêmicas, evidenciando qual a proposta original dessas entidades, para que possamos pensar, juntos, o que é uma liga acadêmica e, principalmente, o que ela não deve ser. Imples e passiva transmissão de conhecimentos, reproduzindo um dos vícios da universidade, tão criticado atualmente, em que o aluno não participa das aulas, construindo o conhecimento com o professor, mas apenas escuta.

## **LIGAS ACADÊMICAS E O TRIPÉ UNIVERSITÁRIO**

“As universidades gozam de autonomia didático-científica,  
administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio  
de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.”  
Constituição Federal, Art.207

Baseando-se na Constituição Brasileira de 1988, podemos entender que tripé universitário é a não separação desses 3 itens, que formam um pé do tripé cada: ensino, pesquisa e extensão. Estamos sempre ouvindo falar desse tal tripé universitário, mas, grande parte dos alunos não sabe exatamente o que isso significa e nem se questiona em relação a sua importância ou a essência do que seria a extensão. Porque isso é tão importante a ponto de estar na Constituição? Porque quase não vemos isso acontecendo efetivamente nas nossas faculdades? E mais, o que isso tem a ver com as ligas acadêmicas?

Vamos apresentar alguns pontos em relação a todas essas questões, buscando construir juntos, a noção de extensão, tripé universitário e como as ligas acadêmicas podem se inserir nesse contexto.

Primeiro, vamos fazer um breve revisão de como o conceito de extensão foi inserido na história mundial e na brasileira. A história da extensão universitária começou na Inglaterra, no início do século XIX e se relaciona com a ideia da educação continuada, com a finalidade de atender as camadas mais carentes, que não tinham acesso à

universidade. Mais tarde, nos EUA, algumas universidades começaram a realizar atividades nas áreas rural e urbana.

Já na América Latina, o embrião da extensão começou paralelamente com a Reforma Universitária, protagonizada pela Universidade de Córdoba, na Argentina, em 1918. Essa Reforma, que foi liderada pelos estudantes, tinha como princípios a autonomia universitária, o co-governo, a extensão universitária, a periodicidade das cadeiras e os exames de admissão. Dela, surgiram documentos importantes, como o Manifesto de Córdoba, a partir do qual se inicia a construção de uma identidade da universidade latino-americana, que buscava fazer uma transformação educacional e cultural que levasse a uma transformação social e política da sociedade. A partir de então, as universidades começaram a ter uma função social maior e mais evidente, representada pela extensão, que tinha por objetivo promover a presença da universidade na sociedade. O desenvolvimento e crescimento da extensão universitária no Brasil teve influência direta do movimento estudantil, de modo que, desde o período colonial é possível ver jovens universitários envolvidos com os movimentos sociopolíticos da época, como as políticas abolicionistas, atividades literárias e artísticas, etc.

O primeiro registro oficial que se tem da extensão universitária no país é de 1931 no Estatuto das Universidades Brasileiras, em que a extensão é colocada como “instrumento da vida social da Universidade”. Porém, não podemos deixar de notar que essa tentativa de aproximação entre universidade e sociedade acontece no governo Vargas, um sistema ditatorial com concepções elitistas. Isso nos permite questionar qual modelo de extensão estava sendo pregado e que função social estava sendo incentivada. Nos anos 1960, professores e alunos universitários se unem a grupos religiosos e passam a atuar na educação de base, tendo experiências de extensão que difundiam o conhecimento e tinham a proposta de realizar uma efetiva transformação social.

A partir daí, cresceram as manifestações estudantis, comandadas pela União Nacional dos Estudantes (UNE). Foram organizados diversos seminários pelo país, o que acabou fazendo uma pressão nas instituições de ensino superior para que se adequassem, de modo a suprir as necessidades das classes populares tanto urbanas quanto rurais. A extensão passa a ser tida como uma oferta de serviço social e apoio do governo para as ações sociais.

Com a ditadura militar, a extensão vai assumir um caráter tipicamente assistencialista, justificada pela necessidade de se ter desenvolvimento e segurança para o país. Algumas das reivindicações do Movimento Estudantil em relação a extensão até foram atendidas, mas sem a sua essência original garantida, passando a cumprir apenas a função de recrutar os estudantes para os eventuais trabalhos de assistência à população mais carente de algumas regiões do país. Um dos problemas de propostas desse tipo, era que ao conhecer a realidade de regiões e comunidades carentes e retornar à sala de aula, o estudante levava questões que, muitas vezes, eram desconhecidas pelos professores, o que não permitia o debate e a construção de novas práticas a partir das vivências com a comunidade.

A extensão continuava a ser, então, uma forma de transmissão simples de conhecimentos, estudos e o resultado de pesquisas realizadas pela Universidade de forma isolada. A sociedade é vista como mera receptora, sem que possa contribuir em nada para a formação do conhecimento.

Em 1970, o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), organizou um seminário que elaborou as Diretrizes da Extensão Universitária, seguindo a ideia de que a Universidade deveria trabalhar conjuntamente o ensino, a pesquisa e a extensão. Em

1975, o Ministério da Educação (MEC) criou a Política de Extensão que apresenta um expressivo avanço no conceito do que é Extensão, propondo a troca de saberes entre as instituições de ensino e comunidade.

Na década de 80, o enfraquecimento da ditadura permitiu que instituições públicas discutissem com mais profundidade o conceito de extensão, buscando, também uma maior aproximação com o MEC. E em 1987 ocorreu o I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, que levou a criação do Fórum Nacional de Pró-Reitores e as discussões vindas desses encontros levaram a um conceito de extensão mais elaborado, com orientações para sua execução e, finalmente, a um Plano Nacional de Extensão Universitária.

“A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade. A Extensão é uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora deste processo dialético de teoria/prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social.”

Plano Nacional de Extensão Universitária. Edição Atualizada.  
2000/2001

Atualmente, a extensão conquistou uma posição diferenciada nas universidades, indo na contramão do que aconteceu por muitos anos, como comentamos. A extensão é vista com um dos pilares da universidade, como parte de um tripé, que sustenta as práticas acadêmicas, o que pressupõe a indissociabilidade de que falamos, inclusive na pós-graduação.

Além disso, o que vemos hoje em dia, são estudantes cada vez mais preocupados com uma qualificação do currículo, em busca de atividades que incorporem experiência a sua formação.

No caso dos alunos de medicina, essa busca tem muito a ver com os concursos de residência, extremamente concorridos, e que possuem análise curricular. Assim, muitos estudantes procuram complementar sua formação com a execução de um currículo paralelo, em que as atividades extensionistas são muito valorizadas.

As ligas acadêmicas são uma dessas saídas muito encontrada pelos alunos, uma vez que promovem espaços de atuação com a sociedade, “favorecendo além da ação social e do exercício da cidadania, a aproximação com a prática médica, integração com os colegas e qualificação de seus currículos.” Mas, será que essas organizações estudantis tem cumprido, de fato, o verdadeiro papel da extensão?

Tudo isso que falamos até agora sobre extensão nos passa uma ideia muito bonita, de que esse conceito foi sendo construído dentro das universidades de modo consensual e de que hoje todas as universidades possuem um tripé universitário consolidando suas atividades. No entanto, sabemos que isso não acontece bem assim. Infelizmente, observamos que a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, determinada pela Constituição, ainda não é levada em conta na prática de muitos docentes, seja porque na graduação a ênfase recai sobre o ensino, ou porque na pós-graduação acentua-se a pesquisa.

O conhecimento produzido nas universidades ainda é muito desligado da realidade e das necessidades da população, assumindo um caráter disciplinar, de simples transmissão de conteúdo, o que se reflete também na atuação das ligas acadêmicas, que, como falamos no capítulo anterior, muitas vezes se destinam a reproduzir esses “vícios” existentes nas universidades e confundem atividades de extensão com estágios em unidades hospitalares e ações de saúde pontuais, como as feiras de saúde, por exemplo. Não que essas práticas estejam erradas ou que devam ser evitadas, mas chamá-las de extensão, abrindo mão da realização de atividades extensionistas reais, é um equívoco.

Quando pensamos as atividades na universidade reduzidas à articulação entre o ensino e a extensão temos uma formação que se preocupa com os problemas da sociedade, mas não promove pesquisa, responsável pela produção do conhecimento científico. Por outro lado, se pensamos somente no ensino e na pesquisa, adquirimos conhecimento em tecnologia, mas deixamos de lado os aspectos éticos, políticos e sociais que adquirimos ao trabalhar para e com a comunidade. O que percebemos disso é que cada um desses itens é fundamental para darmos um sentido à universidade. Nenhum deles pode ser desvalorizado em relação aos demais e é por isso que formam um tripé, onde cada eixo tem papel estrutural.

Desse modo, a extensão não deve ser tratada de uma forma compulsória, mas como uma atividade que ocorre naturalmente dentro das universidades, no contexto de um compromisso social que devemos ter com a população, visando superar a distância que existe entre os saberes popular e científico.

A extensão tem a função de fazer com que o conhecimento produzido pela humanidade se estenda para além dos muros da universidade de modo que as lutas, anseios e conhecimentos populares se reflitam naquilo que é vivido, pensado, ensinado, pesquisado, dentro e fora das salas de aula. Mas, o principal é que este conhecimento tenha o potencial de contribuir para a emancipação dos trabalhadores, daqueles que estão participando das atividades extensionistas, não se limitando apenas a reproduzir o que se estuda na universidade.

Pensando nisso tudo que conversamos, entendemos o papel fundamental da extensão para o desenvolvimento da universidade e da população. Esse processo deve ir muito além da troca de conhecimentos. É preciso que as ações sejam precedidas de um estudo prévio da comunidade, buscando conhecer a realidade em que está inserida, suas principais contradições e utilizando fundamentos da educação popular que ajudem no processo de tomada de consciência dessa população, que passe a perceber a situação em que vive e que construa autonomia sobre sua própria vida, suas necessidades e aquilo que é feito em seu meio.

Em todo esse contexto, ao longo da história brasileira e mundial, vimos que os estudantes tiveram (e ainda tem) um papel estrutural na elaboração do conceito de extensão e na sua aplicação, com enorme potencial de fomentar transformações sociais.



Isso nos leva a questionar que modelo de universidade e sociedade nós, estudantes, queremos? Para que e para quem acumulamos conhecimento? A extensão universitária tem diversos vieses, diversas concepções, mas a ideia de que devemos trabalhar com a comunidade, aprendendo juntos, crescendo juntos, é presente em todas. Por que, então, não usar as ligas acadêmicas em favor disso?

As ligas acadêmicas são excelentes espaços de realização da verdadeira extensão universitária. Enquanto estudantes de medicina temos muito a aprender com e nas comunidades. E esse Aprendizado supera a “parte clínica” da medicina, pois aprendemos a lidar com pessoas, com realidades sociais muito distintas, o que nos desafia a cada dia, nos tirando do lugar-comum “aula-livro-prova”, nos permitindo viver e conhecer situações que só a prática comunitária fornece.

A convivência de perto com as comunidades, tem um potencial transformador porque se torna uma via de mão dupla. Conhecemos e somos conhecidos, aprendemos e ensinamos, construímos e desconstruímos conceitos juntos. E isso é fundamental para conquistarmos a nossa autonomia, para sairmos da condição de meros espectadores de aulas ou consultores de livros.

Já a população, ao ter contato com pessoas diferentes, ao ser estimulada a sair da zona de conforto e questionar sua realidade, seus hábitos de vida, assume uma postura de mais autonomia sobre si mesma, passando a se entender como responsável pela sua saúde, de reivindicar seus direitos, de lutar por aquilo que acredita. Assim, aprendemos que ser médico é muito mais do que colocar um jaleco, ter saúde é muito mais do que não ser doente.

“Vivo em um convento em São Paulo e tenho quatro cursos superiores, jornalismo, antropologia, filosofia e teologia. A cozinheira de minha comunidade é uma senhora que estudou somente três anos. Nesse ponto de vista elitista, eu sou mais culto que ela. Paulo Freire me ensinou que isso é uma mentira. Por quê? Porque ela tem um conhecimento culinário que eu não possuo. Nós dois, perdidos em uma selva e com um frango; eu morro de fome e ela não, graças a seu conhecimento culinário. Na balança, a cultura dela é muito mais importante que a minha, porque ela pode viver sem a minha, e eu não posso viver sem a dela. Essa é a diferença.”

Frei Beto, 25 de abril de 2007, no discurso proferido no Ato Central, pelo XX Aniversário do Centro Memorial Martin Luther King Jr. Teatro Amadeo Roldán, Havana, Cuba.

## **COMO ORGANIZAR A SUA LIGA ACADÊMICA?**



Bom, uma vez que entendemos o histórico de como as Ligas Acadêmicas se afirmaram e ocuparam uma posição de destaque em nossa realidade acadêmica e a importância da manutenção do Tripé Universitário, é natural que o interesse em participar de Liga, ou mesmo de montar a sua Liga, aflorem. Veja bem, esse texto não tem a pretensão de impor como você deve organizar a sua Liga. Nosso intuito é auxiliá-los, da melhor forma a lidar com estatutos, diretrizes e demais burocracias que causam verdadeiros entraves a forma como organizamos nossas Ligas Acadêmicas.

Assim, pontuaremos algumas etapas que achamos fundamentais para que sua Liga Acadêmica funcione:

- Contar com membros dispostos a contribuir para o bom funcionamento de sua Liga;
- Eleger uma Diretoria, que deve ser formada exclusivamente por Acadêmicos, estando todos devidamente matriculados em uma Instituição de Ensino Superior;
- Escolher um, ou mais, Orientador(es), que atue na área de interesse da Liga (Dê preferência aos seus professores, ainda que um profissional não ligado a sua Escola possa também ser convidado), cujas funções serão:

- Supervisão das atividades administrativas da Liga;
- Participação na construção da programação das atividades;
- Colaboração na orientação de trabalhos científicos;
- Trabalhar em conjunto com a Diretoria da Liga na supervisão das atividades diversas realizadas pelos ligantes;
- Manter o compromisso da Liga em trabalhar de acordo com os princípios do Tripé Universitário, atuando na criação e execução de ações de extensão, ensino e pesquisa.

## **COMO REGULAMENTAR SUA LIGA ACADÊMICA?**

- Regulamentação via Estatuto ou Regimento. É importante a sua Liga possuir um estatuto, ou seja, um conjunto de regras que vão auxiliar o cumprimento das ações tiradas em planejamento. O estatuto de sua Liga pode ser registrado em cartório, o que auxilia na regulamentação via Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ\*. Seria interessante que os Estatutos estejam de acordo com as diretrizes normativas de sua instituição;

- Outro ponto fundamental, tanto quanto o estatuto de sua Liga, é o que se refere à Regulamentação. Há muitos mecanismos e órgãos regulatórios das Ligas Acadêmicas, alguns deles institucionais, via vínculo com Universidade/Faculdade. Estes auxiliam na execução das ações da Liga, pois garantem apoio direto das Escolas. Mas, ao entendemos que as Ligas Acadêmicas são instituições conduzidas, essencialmente por acadêmicos, aconselhamos que você procure o seu Centro ou Diretório Acadêmico para ajuda-los. Um dos mecanismos que os CA's/DA's utilizam para um controle e acompanhamento mais efetivo das ações das ligas Acadêmicas, é por meio de Conselhos de Ligas. Trata-se de órgãos vinculados aos Centros e Diretórios Acadêmicos cuja função é manter um cadastro e o controle da quantidade, seja de ações realizadas pelas Ligas, seja pela diversidade de temas abordados entre as Ligas. O que garante um funcionamento coeso entre as Ligas, além de limitar a criação de Ligas com

temáticas muito similares, afinal, nos organizamos em Ligas por conta de um interesse em comum com os nossos colegas sobre um determinado tema, não pela necessidade de montarmos um grupo isolado, não é mesmo?

- Outra vantagem de organizar sua Liga junto ao seu Centro ou Diretório Acadêmico, é o alcance que ela pode obter. Esta parceria garante que sua Liga seja regida dentro dos princípios do Tripé Universitário. E além disso, permite a oportunidade de que as Ligas, por meio da extensão, sobretudo, possam partilhar conhecimentos com a comunidade que nos cerca, entendendo a comunidade como um elemento que permita a troca desses conhecimentos. Permite, ainda, que as reivindicações e demais problemas e dilemas que sua Liga venha a passar, possam ser levados àqueles que representam os estudantes, o Centro ou Diretório Acadêmico. Afinal, em conjunto, temos mais voz e mais possibilidades de buscar soluções para esses problemas.

NOTA: Ressaltamos que a CoCien está absolutamente disponível para tirar dúvidas, prestar esclarecimentos e auxílios sobre a organização da sua Liga, bem como a participar de espaços formativos sobre o tema. Ficou com dúvidas? Entre em contato conosco!

Agora, daremos algumas sugestões de como organizar seus Estatutos. De forma a facilitar as ações de sua Liga. Ademais, deixamos o convite, procure seu Centro ou Diretório Acadêmico!

## **O ESTATUTO**

O estatuto deverá descrever como a Liga é constituída, abordando quais cursos e quais períodos poderão ser representados na mesma. Serão expostas as categorias de membros que estarão presentes. Cada Liga pode apresentar uma classificação própria. É no Estatuto que a Liga se define. Onde se colocam as regras e preceitos que a Liga representa.

A forma como o Estatuto é escrito e se divide é de fundamental importância para a compreensão, por meio dos membros, de como funciona a Liga. Nada mais é do que o “manual” da Liga. Portanto, ao contrário dos manuais que vemos por aí, o Estatuto da sua Liga deve ser escrito da forma mais clara possível. A linguagem tem de ser a mais coerente e sucinta, de modo a facilitar a compreensão de quem o lê.

Não há regra para a elaboração do Estatuto, mas há itens que precisam estar presentes, como:

**Sede e Constituição:** Deve conter o Nome da Liga, o local onde as atividades obrigatórias acontecem. Além disso, deve conter o Órgão ou Instituição reguladora das Ligas; **Organização e atribuições dos membros:** Deve conter como a Liga se organiza estruturalmente. Quem são os Membros Diretores, os Membros Efetivos e quem é o Profissional Orientador. Aconselha-se a destrinchar ao máximo as funções de cada membro, assim, a tarefa de exercer um cargo ou mesmo de fiscalizar algum membro, fica facilitada. As atividades que compõem a Liga também devem ser destrinchadas, de modo a esclarecer eventuais dúvidas entre os membros e delimitar as áreas de atuação da Liga, garantindo que o Tripé Universitário seja preservado.

Um resumo de como as atividades ocorrem e de como a liga se organiza é fundamental para a garantia de um bom funcionamento. Além de disso, facilita as formas de garantia de renda, por exemplo, através da boa execução dos eventos e atividades diversas da Liga.

Dentre as formas de organização da Liga, um item importante é o que compete às instâncias deliberativas, como a Assembleia Geral, por exemplo. Esse instrumento é fundamental para a tomada de decisões importantes pela Liga, como mudanças estatutárias e aprovações de planejamento e eleição de novas gestões de diretoria.

## **Anexo 1**

### **MODELO DE ESTATUTO**

#### **TÍTULO I**

##### **Da sede e constituição**

Art. 1º - A (nome de sua Liga, seguido de Instituição a qual é vinculada, bem como endereço, razão social, caso haja), é uma entidade de caráter extensionista, científica e sem fins lucrativos, que funcionará através de arrecadações, seja em bens materiais ou em moeda corrente, que serão utilizados integralmente nos custos de manutenção da Liga.

Art. 2º - A (nome de sua Liga) é uma entidade formada por acadêmicos de Medicina da(s) (nome das Instituições as quais os membros pertencem). E têm suas atividades sob a coordenação e supervisão de um profissional médico (caso seja docente de uma Instituição, colocar o vínculo), tendo autonomia administrativa e científica.

Nota: Caso haja vínculo institucional, via Pró-Reitoria de Extensão, Ensino ou Pesquisa, seria bom citá-lo neste artigo.

Parágrafo único: A (nome de sua Liga) tem seu funcionamento condicionada a aprovação pelo (citar o órgão regulador).

Nota: Recomenda-se que se procure em cada Instituição se há um mecanismo regulador das Ligas Acadêmicas. Seja este o Diretório ou Centro Acadêmico, ou Conselho de sua Faculdade.

Esse vínculo, além de garantir certa autonomia às atividades da sua Liga, promove maior visibilidade de suas ações, além de desencorajar a criação de Ligas diversas com temáticas semelhantes.

Art. 3º - A (nome de sua Liga) funcionará com apoio e convênios de instituições que compartilhem do objetivo da mesma. As atividades da (nome de sua Liga) será integralmente direcionada para o exercício e desenvolvimento de seus objetivos, sem a distribuição de benefícios materiais, e/ou dividendos aos seus participantes.

## **TÍTULO II**

### **Dos objetivos e atividades**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Disposições gerais**

A (nome da sua Liga) é uma entidade com estatuto próprio baseado no estatuto geral da (instituição vinculada a Liga) tem por objetivos gerais:

I – Promover atividades de extensão desenvolvidas e executadas pelos ligantes com atuação dentro e fora das dependências da Universidade, permitindo uma aproximação e integração do discente com a comunidade;

II – As observações e dados oriundos de suas atividades podem fomentar atividades científicas e publicações, desde que estejam em consonância com as normas de ética e pesquisa preconizadas pela Instituição vinculada;

III - Ter atuação efetiva, contando com participação de seus membros e órgãos competentes, através de medidas que objetivem aproximação da Instituição frente à comunidade na qual está inserida, afastando a ideia mero campo de estágio ou de fonte de dados, fazendo da comunidade, de fato um cenário de atuação acadêmica orientada com o propósito maior da ação em saúde.

Art. 5º - As atividades da (nome de sua Liga) poderão ser realizadas:

I – Na comunidade e/ou instituição que possuam convênio com a Instituição vinculada sendo previamente determinada assinatura bilateral de contrato ou termo de compromisso;

II – Em local determinado pelo Coordenador Geral/Presidente da Liga.

Art. 6º - Todas as atividades da (nome de sua Liga) serão divididas em:

I - qualificação de seus membros;

II - didáticas;

III – ações de prevenção e promoção de saúde.

Art. 7º - As atividades da (nome de sua Liga) ocorrerão mediante aprovação prévia pela sua diretoria, sendo a deliberação do grupo essencial para a definição dessas atividades.

Art. 8º - A diretoria da (nome de sua Liga) zelará pelo cumprimento das atividades que serão desenvolvidas em caráter semestral ou anual, desenvolvidas em parceria com a diretoria da Liga e o docente responsável.

Art. 9º - Haverá atividades obrigatórias e voluntárias inerentes aos membros da LIGA.

§ 1º A definição das atividades obrigatórias e das voluntárias serão estabelecidas pela Diretoria da LIGA.

§ 2º As atividades de pesquisa e ensino devem obrigatoriamente estar associadas às atividades de extensão.

Art. 10 - As atividades restritas e abertas à comunidade acadêmica serão definidas no próprio estatuto da Liga Acadêmica após reunião da Diretoria, podendo ser revistas em assembleias futuras;

Art. 11 - As atividades obrigatórias da LIGA só ocorrerão durante o período de calendário acadêmico das Instituições vinculadas, respeitando a grade horária e a disponibilidade dos membros da LIGA.

Parágrafo único: as atividades voluntárias que venham a acontecer fora do período escolar deverão estar em comum acordo entre membros participantes, diretores e coordenador geral.

Art. 12 - O cronograma das atividades obrigatórias dos membros deverá ser acordado por todos os membros e organizado semestralmente pela Diretoria, antes do início das atividades da LIGA.

§ 1º O número de atividades obrigatórias por semana, não deverá exceder (estabelecer um número de horas semanais para as atividades) horas semanais.

§ 2º As atividades que não constarem no cronograma, deverão ser informadas aos membros pela Diretoria, com no mínimo uma semana de antecedência.

§ 3º Serão consideradas faltas justificadas aquelas referentes à doença, morte na família, licença maternidade e paternidade e obrigações referentes às atividades da graduação, desde que, comprovadas com documentos compatíveis. As demais justificativas serão analisadas pela Diretoria da Liga, podendo ou não ser aceitas;

§ 4º Nenhum membro poderá ser punido ou excluído da Liga a qual pertence por faltas devidas a atividades curriculares obrigatórias.

### **TÍTULO III**

#### **Da organização e atribuições dos membros**

##### **CAPÍTULO I**

##### **Da organização**

Art. 13 – A Diretoria da (nome de sua Liga) deverá ser constituída por alunos devidamente matriculados no curso de Medicina da Instituição vinculada, contando com um Orientador Docente, um Coordenador Geral/Presidente e 6 ou mais Diretores, todos discentes, e pelos membros associados selecionados mediante processo seletivo.

§ 1º - A LIGA é administrada por um orientador e uma diretoria constituída dos seguintes membros:

- Orientador: com ou sem vínculo com a Instituição, porém, com área de atuação devidamente comprovada e de acordo com as atividades da Liga;
- Diretoria Discente: que estejam atuando como membros da Liga há pelo menos um ano e esteja devidamente matriculado em uma Instituição de Ensino Superior:

Presidente;  
Vice-presidente;  
Diretor financeiro;  
Diretor administrativo;  
Diretor de Comunicação e marketing;  
Diretor de Científico;  
Diretor de Extensão.  
Diretor de Ensino.

§ 2º O número de vagas abertas a novos membros é de responsabilidade do Diretoria Discente, de acordo com as demandas da Liga e suas atividades em geral. Esta deliberação deverá ser tomada em Assembleia Geral.

§ 3º Poderão fazer parte como membros colaboradores da Liga, os profissionais que queiram orientar as atividades didáticas, bem como, atividades práticas nas instituições ligadas aos seus objetivos. Poderão ainda participar, como convidados ou ouvintes, quaisquer pessoas pertencentes ou não à Instituição vinculada ou de outras instituições, sendo que essas não gozarão da qualidade de membro da Liga.

§ 5º O processo seletivo de novos membros se dará por meio de prova classificatória, podendo contar com outros mecanismos de avaliação, como Curso de Introdução à Liga, participação em eventos organizados pela Liga e entrevista.

Art. 16 - Cabe ao Coordenador Geral/Presidente:

- § 1º Representar a LIGA;
- § 2º Cumprir e fazer cumprir as disposições deste Estatuto;
- § 3º Integrar as ações de todos os diretores de forma ética e imparcial;
- § 4º Convocar e conduzir as reuniões;
- § 5º Autorizar por escrito as despesas apresentadas pelo Diretor de Financeiro;
- § 6º Apresentar, semestralmente, até o último dia útil do mês por escrito, o relatório das atividades previstas no parágrafo único do art. 2º;
- § 7º Apresentar e entregar na última reunião, o próprio relatório quanto o do Diretor

financeiro das atividades da gestão finda;

Art. 17 - Cabe ao Vice-Presidente:

§ 1º Auxiliar o Presidente;

§ 2º Substituir o Presidente quando de seus impedimentos;

Art. 18 - Cabe ao Diretor financeiro:

§ 1º Cuidar dos assuntos que dizem respeito à tesouraria da Liga;

§ 2º Apresentar o balanço financeiro a cada Reunião Ordinária da Diretoria;

§ 3º Apresentar orçamento (valor e discriminação) das despesas ao presidente para sua autorização;

§ 4º Apresentar e Entregar o relatório financeiro final ao Coordenador Geral e ao Presidente na última Reunião Ordinária.

Art. 19 - Cabe ao Diretor Administrativo:

§ 1º Cuidar dos assuntos referentes à secretaria da Liga;

§ 2º Registrar as discussões das reuniões de Diretoria em livro-ata;

§ 3º Cuidar para que haja lista de presença em todas as atividades da Liga e conserva-las, pelo menos, até a emissão dos Certificados dos participantes da Liga;

§ 4º Lavrar e fazer a leitura das atas nas reuniões;

§ 5º Preservar os livros-ata, os relatórios, os balanços financeiros - produtos que compõem a história da Liga.

§ 6º Providenciar a emissão, dos certificados aos palestrantes dos eventos, aos membros, e aos integrantes da comissão organizadora dos cursos e demais eventos, de acordo com o total de carga horária obtida pelas listas de presenças.

Art. 20 - Cabe ao diretor de Comunicação e marketing

§ 1º Divulgar os eventos e a imagem da Liga;

§ 2º Personalizar jalecos, camisetas e acessórios, se necessário;

§ 3º Atualizar o site e mídias sociais da Liga;

§ 4º Fotografar os eventos realizados;

§ 5º Organizar formas de comunicação eletrônica entre os membros da LIGA;

§ 6º Estabelecer contatos eletrônicos com outras Instituições.

Art. 21 - Cabe ao Diretor Científico:

§ 1º Buscar meios para facilitar a organização das atividades científicas;

§ 2º Organizar o cadastro de atividades científicas da Liga;

§ 3º Estabelecer contatos com outras Instituições;

§ 4º Distribuir, organizar e fazer a manutenção dos materiais e dos instrumentos da Liga;

§ 5º Apresentar relatório científico semestral.

Art. 22 – Cabe ao Diretor de Extensão:

§ 1º Viabilizar a discussão sobre as formas de se cumprir a Extensão na Liga;



- § 2º Produzir e Coordenar projetos e atividades de Extensão na Liga;  
§ 3º Garantir que não haja distorções sobre a forma como a Liga trabalha a extensão;  
§ 4º Apresentar relatórios sobre as atividades de extensão desenvolvidas pela Liga;  
Art. 23 – Cabe ao Diretor de Ensino:  
§ 1º Garantir a adequação do conteúdo tratado nas aulas e atividades em geral estejam de acordo com os preceitos da Liga;  
§ 2º Organizar os temas de aulas e eventos em geral da Liga;  
§ 3º Formular um Manual com os conteúdos trabalhados na Liga, quando solicitado;

Art. 24 - Deverá ser realizada mensalmente uma Reunião Ordinária entre os membros da Diretoria onde, todos os Diretores deverão ser informados pelo Diretor Administrativo com o fornecimento da pauta, em até 48 horas da reunião, considerando-se, inclusive, o e-mail, como instrumento de comunicação.

Parágrafo Único - Nas reuniões previstas no caput serão discutidos e votados, por maioria simples de votos dos presentes, os assuntos previstos na pauta, além da apreciação sucinta da situação financeira, pelo diretor financeiro. O quórum mínimo para deliberação é 2/3 do total da composição da Liga em epígrafe, assim considerado o que consta de sua composição estatutária (Art. 13 desse estatuto).

Art. 25 - Reuniões Extraordinárias poderão ser convocadas em até 24 horas por qualquer membro do colegiado da LIGA, constando da convocação o(s) tema(s) a ser(em) debatido(s), não podendo a mesma deliberar sobre quaisquer outros não constantes da referida convocação.

Art. 26 - Aos membros da Liga fica reservado o direito de, através de Assembleia Ordinária ou Extraordinária, afastar o presidente, caso este não esteja correspondendo às expectativas do grupo.

Parágrafo Único - O afastamento será realizado caso estejam presentes na Assembleia Extraordinária, no mínimo, 80% (oitenta por cento) dos membros e a deliberação ocorra por maioria simples de votos (cinquenta por cento mais um) do total dos membros associados ativos, inclusive o presidente.

## **Capítulo II**

### **Das responsabilidades**

Art. 27 - A diretoria deverá apresentar relatório anual conforme modelo oficial junto a Instituição reguladora.

Art. 28 – A emissão de Certificados deve ser orientada pela Instituição reguladora da Ligas Acadêmicas.

Nota: Aconselha-se que a Pró-Reitoria de Extensão seja procurada para que o vínculo institucional seja garantido para a emissão dos certificados de participação na Liga.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Assembleia Geral**

Art. 29 – A Assembleia Geral, órgão máximo da (nome de sua Liga), ocorrerá anualmente, sob a presidência do Orientador e do Presidente da Liga, para deliberar sobre:

- I - eleição e posse dos novos Diretores;
- II – alteração de seu estatuto;
- III – os relatórios do diretor financeiro;

§ 1º - a convocação deverá ser procedida pelo Presidente da LIGA, com antecedência mínima de 15 dias, e deverá ter ampla divulgação.

§ 2º - na hipótese de não convocação no tempo previsto neste estatuto pelo Presidente, 1/6 do total dos membros da Assembleia poderão exercer esta atribuição, respeitadas todas as demais regras para sua realização.

§ 3º - o quórum para realização da Assembleia Geral, em 1ª Convocação, é de 2/3 do total de seus associados;

§ 4º - o quórum para realização da Assembleia Geral, em 2ª Convocação, é de do total de seus associados, 30 minutos após o horário da 1ª Convocação;

§ 5º - o quórum para realização da Assembleia Geral, em última Convocação, é de no mínimo 3 membros associados, 1 hora após o horário da 1ª Convocação;

§ 6º - as deliberações serão tomadas por maioria simples dos membros ativos da Liga Acadêmica presentes na Assembleia, exceto para o item II, quando será exigida, no mínimo, a concordância da maioria absoluta dos membros ativos, ou seja, metade mais um do total dos membros ativos da LIGA, considerando-se, para o caso de número ímpar de membros ativos, o número inteiro imediatamente superior ao número fracionário resultante da divisão inicial.

#### **Da Assembleia Extraordinária**

Art. 30 – a Assembleia Extraordinária poderá ser convocada pelo Presidente da Liga, por deliberação da Diretoria e/ou por requerimento de pelo menos 1/2 dos membros da entidade, para deliberação sobre tema específico de sua convocação, respeitadas todas as demais regras estabelecidas para a Assembleia Geral, não lhe sendo facultado deliberar sobre quaisquer outros temas não previstos em sua convocação.

#### **Da eleição da Presidência e dos Diretores**

Art. 31 - A gestão da Presidência e dos Diretores será de (estabelecer o tempo de duração de cada gestão da diretoria).

§ 1º Finda a 1ª sessão após a criação da Liga Acadêmica qualquer membro poderá se candidatar a qualquer dos cargos;

§ 2º Os diretores poderão ser reeleitos sucessivamente para apenas 01 (um) mandato, e os mesmos poderão concorrer a qualquer dos cargos;

§ 3º O voto se dará de forma secreta e obrigatória para todos os presentes;

§ 4º Para que a votação seja válida será exigida a presença 2/3 dos membros associados.

Art. 32 - No caso de renúncia ou destituição de qualquer um dos Diretores, exceto do Coordenador Geral, será convocada Assembleia Geral Extraordinária para eleição de substituto.

Parágrafo Único - Caso seja o Presidente o envolvido, o Vice-presidente assume o cargo e as votações ocorrem para Vice.

## **CAPÍTULO IV**

### **Disposições gerais**

Art. 33 - Todos os membros deverão receber na ocasião do seu ingresso uma cópia deste Estatuto de forma que todos fiquem cientes das normas da LIGA.

Art. 34 - Para os casos nos quais este Estatuto não se aplique, ou em situações nas quais a Diretoria julgar necessário, as decisões serão realizadas em Assembleia Geral extraordinária.

Art. 35 - O Estatuto da LIGA poderá ser modificado em Assembleia Geral dos membros, observados os dispositivos do Estatuto Geral.

Art. 36 - Os membros fundadores terão Certificado Especial fazendo menção a sua atuação como tal.

## **TÍTULO IV**

### **Das penalidades e Regimento disciplinar**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Das Penalidades**

Art. 37 – Os membros da LIGA estarão sujeitos às penalidades, as quais serão julgadas pelo docente que é o Coordenador Geral. Estas serão analisadas conforme a natureza e gravidade. As penalidades regidas por este estatuto são as seguintes:

- a. advertência;
- b. suspensão;
- c. exclusão mediante falta gravíssima

- § 1º - As penalidades referidas nos itens a, b e c serão comunicadas por escrito;
- § 2º - O membro da LIGA que for advertido 2 (duas) vezes, será suspenso em imediato;
- § 3º O membro da LIGA que for suspenso 2 (duas) vezes será excluído em imediato;
- § 4º - Em casos de suspensão, a Diretoria deverá se reunir com o membro em questão para determinar a punição para o mesmo, podendo este ser excluído da liga.
- § 5º - Os membros excluídos da Liga não mais terão direito ao certificado de participação na mesma.

## **Do Regime Disciplinar**

Art. 38 - O membro da LIGA que, insatisfeito com a não aceitação de sua justificativa, poderá recorrer à Assembleia Geral.

§ 1º O integrante que, por motivo pessoal, aceito pela diretoria, precisar afastar-se temporariamente, poderá fazê-lo após solicitar seu afastamento à Diretoria. Não podendo esse afastamento ser superior a trinta dias.

§ 2º Se o Presidente, Vice ou qualquer um dos Diretores pedirem exoneração do cargo, poderá continuar como membro da LIGA, se assim o desejar.

Art. 39 - A Diretoria, ao final de seu mandato, deverá prestar conta de todo o patrimônio da Liga, sendo obrigada a repor eventuais perdas, desde que comprovada documentalmente a sua culpa.

Art. 40 - Os serviços prestados pelos componentes da liga não serão remunerados, sendo prestados de forma voluntária e gratuita.

Parágrafo único. É expressamente proibido a qualquer membro da LIGA fazer qualquer tipo de atividade ou convênio com fins lucrativos pessoais, sendo este ato considerado uma falta gravíssima e passível de punição.

Art. 41 - Os membros da Liga terão um arquivo pessoal onde serão catalogados sua frequência, comportamento e desempenho. Qualquer certificado, notificação de falta ou advertência deverá ser feita em documento próprio e em duas vias, sendo a primeira de posse do membro da Liga envolvido e a outra registrada em seu arquivo pessoal.

Art. 42 - O bom andamento dos trabalhos requer pontualidade conforme o horário dos responsáveis pelo serviço.

Art. 43 - O material utilizado na LIGA deverá ser manuseado com o máximo cuidado.

Art. 44 - O material de propriedade da LIGA não pode ser retirado sem prévia autorização da Diretoria.

Art. 45 - O membro da LIGA expulso, não terá o direito de voltar a participar desta em outros anos.

Art. 46 - O membro da LIGA que se desligou por decisão própria, não terá o direito de voltar a participar da LIGA no mesmo ano corrente.

## **TÍTULO V**

### **Das atividades**

Art. 47 - As reuniões periódicas deverão ser realizadas com duração máxima de 2 horas, em período extra horário de aulas, com o objetivo de:

- a. Promover discussões de aprofundamento relacionadas a temas gerais;
- b. Organizar os temas teóricos aplicados e de relevância, que serão apresentados pelos membros da LIGA, pelos membros associados, convidados, indicados pela Diretoria;

§ 1º Cabe à Diretoria decidir o assunto a ser discutido nas reuniões, com antecedência de pelo menos uma semana, caso a programação semestral necessite sofrer alterações; § 2º O palestrante que apresentar caso clínico deverá disponibilizá-lo para os demais membros. Devendo ser entregue a Diretoria com uma semana antes da apresentação.

Art. 48 – As atividades práticas serão realizadas nos ambientes associados e conveniados à Liga de acordo com o cronograma previamente estabelecido pela Diretoria.

Art. 49 – Os eventos promovidos pela LIGA serão realizados de acordo com o cronograma previamente estabelecido pela Diretoria com o objetivo de:

- a. Promover a Liga e o ingresso de novos membros;
- b. Organizar palestras, seminários, simpósios e jornadas visando o aprendizado da comunidade acadêmica (membros ou não da liga) e dar a devolutiva à comunidade na qual as ações foram inseridas;

Art. 50 – Os projetos de iniciação científica poderão ser realizados por qualquer membro de forma independente, desde que, esteja diretamente relacionada com a atividade primordial da LIGA - que é a extensão.

§ 1º Atendam o objetivo de aprofundar e aperfeiçoar os conhecimentos na área específica da Liga;

Art. 51 – O presente estatuto entra em vigor na data da Constituição da Liga, após ser aprovado por sua Assembleia de Constituição, e ser comunicado a Instituição Reguladora das Ligas Acadêmicas.

Caderno sobre Ligas Acadêmicas . Produzido pela Coordenação Científica da DENEM.  
CoCien 2014

**cocien@denem.org.br**

Coordenadores

Michel Alves Teixeira – UFPA – **m88alves@gmail.com**

Ana Carolina Pôrto – UFF – **acarolinacap@gmail.com** - Julho/2014

**Anexo 7- CARTA DE FORTALEZA DO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE  
DIREITO E SAÚDE  
“HUMANIZAÇÃO E ACESSO DE QUALIDADE”  
CONSIDERANDO ser a saúde um direito social fundamental e um serviço de  
relevância pública, constitucionalmente garantida, nos art.196 e seguintes;**

**CONSIDERANDO** que esse direito é garantido através de políticas públicas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença, e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

**CONSIDERANDO** que o sistema único de saúde – SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;

**CONSIDERANDO** os estudos realizados pela Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN, do Conselho Nacional de Saúde – CNS (dados oficiais divulgados em novembro/2015), que apontaram para uma falta de recursos orçamentários de aproximadamente 16,6 bilhões de reais para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde em 2016, se for destinado apenas o valor da aplicação mínima calculado com base na Emenda Constitucional nº86/2015;

**CONSIDERANDO** que essa programação orçamentária, para o ano de 2016, representará redução de recursos na ordem de 9.5 bilhões de reais para o financiamento das ações de média e alta complexidade; além de considerável redução no programa da atenção básica com recursos previstos de 16,3 bilhões de reais, muito menos que os 18,3 bilhões reais do ano de 2015; redução de 29% para construção e ampliação de unidades básicas de saúde; e de 30,1% para construção de unidade de pronto atendimento – UPAs;

**CONSIDERANDO** que esse subfinanciamento, a par de sua questionada constitucionalidade, por violação ao princípio do retrocesso, acarretará uma asfixia nas ações e serviços de saúde em face de suas necessidades coletivas e aumento da demanda;

**CONSIDERANDO** as discussões efetivadas durante o IV Congresso Brasileiro de Direito e Saúde – “Humanização e Acesso de Qualidade”, realizado em Fortaleza, no período de 24 a 26 de novembro de 2015;

**CONSIDERANDO** a temática desenvolvida nos três dias de discussão, debates e posicionamentos;

**O IV CONGRESSO BRASILEIRO DE DIREITO E SAÚDE, “HUMANIZAÇÃO E ACESSO DE QUALIDADE”, realizado pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública e pela Comissão de Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Ceará,**

**RESOLVE:**

Aprovar este manifesto por meio da Carta de Fortaleza, para conhecimento e comprometimento dos gestores, parlamentares, movimentos sociais, bem como a própria sociedade, a nível nacional, estadual e municipal dos seguintes itens abaixo elencados, como sendo pontos indispensáveis e essenciais para que se tenha um sistema único de saúde, digno e eficiente, com serviço humanizado e acesso de qualidade:

1) repúdio a qualquer redução de recursos no orçamento do Ministério da Saúde, visto que a proposta orçamentária de 2016 não atenderá as necessidades coletivas da saúde, e com questionada constitucionalidade, por violação ao princípio do retrocesso, em relação ao orçamento de 2015;

2) aderir à Frente Nacional de Mobilização em Defesa do SUS, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, em sessão oficial realizada no dia 10 de novembro de 2015;

3) apoiar a PEC 01/2015, de autoria do Deputado Vanderlei Macris (PSDB/SP), que altera o art. 198, da Constituição Federal, para dispor do valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União, em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada nos



cinco exercícios, a partir de 2016: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas;

4) repudiar a aprovação da Desvinculação de Receitas de União – DRU, do governo federal, por considerar essa proposta eivada de questionada inconstitucionalidade, posto prejudicar o financiamento adequado dos direitos sociais;

5) apoiar a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que realizar-se-á nos dias de 01 a 04 de dezembro de 2015, por considerar que essa mobilização institucional representa a participação da comunidade no SUS e a democratização da gestão;

6) recomendar que os recursos orçamentários e financeiros, destinados à saúde pública, sejam otimizados, priorizados e que tenham maior transparência e eficiência na gestão da saúde, bem como recomendar a elaboração de uma lei de responsabilidade sanitária para os gestores, que contemple, dentre outros, a obrigatoriedade da previsão orçamentária e do respectivo repasse financeiro para os conselhos de saúde, visando a sua autonomia administrativa e o fortalecimento da participação da comunidade na gestão do SUS;

7) apoiar a Campanha Nacional “Dez Medidas contra a Corrupção”, do Ministério Público Federal, que propõe mudanças legislativas para o efetivo combate à corrupção existente no Brasil, que segundo a Organização das Nações Unidas – ONU, estima-se que, aproximadamente, 200 bilhões de reais são desviados no Brasil por ano, valor esse que permitiria multiplicar por três os investimentos federais em educação e saúde;

8) reiterar a necessidade de se combater a precarização do trabalho, exigindo-se imediata adoção de providências, pelos gestores, no nível nacional, estadual e municipal, quanto ao cumprimento da lei federal 8.142, de 1990, que dispõe sobre plano de carreira, cargos e salários;

9) recomendar ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, CONASEMS e CONASS, a adoção de políticas públicas efetivas, com financiamento adequado para o fortalecimento e expansão da Política Nacional de Saúde Mental;

10) regular a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, dada a sua relevância pública para o sistema de saúde, por ato legislativo federal, que contemple, dentre outros, a oferta regular de medicamentos para a população, conforme suas necessidades coletivas, com definição de responsabilidades por cada um dos entes federativos, assim como necessário ressarcimento entre eles, na forma do art. 36 da Lei 8.080/90;

Por fim, o IV CBDS apresenta moção de apoio à Nota de Repúdio do CONASEMS, diante dos R\$3,8 bilhões que foram cortados, pelo Governo Federal, no orçamento do Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2016, relativos às despesas destinadas aos procedimentos de Média e Alta Complexidade – MAC nos municípios brasileiros.

Fortaleza/CE, 26 de novembro de 2015.

## **Anexo 8 – Projeto Político Pedagógico Curso Medicina da UFC <sup>461</sup>**

---

<sup>461</sup> Não colocamos duas resoluções neste Projeto. A primeira é a resolução Nº 01/CEPE de 07 de Fevereiro de 2001 que aprova a reforma curricular do Curso de Medicina. A segunda é a resolução Nº. 46/CEPE de 02 de Agosto de 2001 que regulamenta a avaliação do desempenho discente do curso de Medicina. A razão dessa lacuna é que no ano de 2016 vivenciamos um outro processo de reforma curricular a ser implantado até Dezembro de 2018. As disposições, diretrizes e regulamentações constam no próximo anexo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**CURSO DE MEDICINA**  
**PROJETO PEDAGÓGICO**  
**JANEIRO – 2001**

**ÍNDICE**

1 APRESENTAÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA	2
3 PRINCÍPIOS NORTEADORES DA UFC	5
4 O PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR	6
4.1- CENÁRIO DA SAÚDE	9
4.2- ANÁLISE DO MODELO PEDAGÓGICO ATUAL	9
4.3- AMBIÊNCIA EXTERNA	10
5 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO, A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA	11
6 MISSÃO DO CURSO DE MEDICINA	13
7 PERFIL DO MÉDICO	14
8 CAMPOS DE ATUAÇÃO	15
9 DIRETRIZES CURRICULARES	16
10 O CURRÍCULO: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	18
11 ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA	23
a) Estrutura curricular e carga horária dos módulos	23
b) Modelo de distribuição dos módulos ao longo dos semestres	26
12 EMENTÁRIO DOS MÓDULOS	27
13 PROGRESSÃO NO CURSO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	36
14 COORDENAÇÃO	39
15 AVALIAÇÃO	40

---

Trata-se da **Resolução Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 que** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Os quatro últimos artigos das diretrizes dizem o seguinte:

‘Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Os **estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução** têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, *e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.*

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, **revogando-se a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001**, e demais disposições em contrário.”

## **1. APRESENTAÇÃO**<sup>462</sup>

O novo currículo a ser implantado na Faculdade de Medicina é apresentado no presente documento, juntamente com a descrição detalhada do processo que conduziu à mudança e do cenário em que a discussão sobre reformulação da educação médica se desenvolveu, sobretudo nos últimos trinta anos, no Brasil e no exterior.

Torna-se cada dia mais evidente que um mesmo currículo não poderá ser aplicado a várias escolas médicas, como ocorria no passado. Constitui-se, portanto, uma oportunidade e um desafio, para que cada escola aprofunde a visão sobre o contexto no qual está inserida e, a partir daí, promova as mudanças necessárias para um melhor desempenho de sua missão.

A velocidade de geração do conhecimento e as transformações sociais determinam que “as mudanças são parte do processo educacional verdadeiro” e que “a estagnação é antipedagógica e anticultural”. Devemos conferir à missão de educar uma concepção mais ampla, de construção da cidadania, que culmine na redução do fosso entre a produção do saber e as necessidades da população.

Não se pretende que o novo currículo seja um modelo definitivo. Ao contrário, que seja um instrumento que possibilite que a aprendizagem seja dinâmica e que os seus princípios norteadores sofram reajustes e reformulações ao longo do tempo.

O novo currículo prioriza a geração do conhecimento, tendo por objetivo as suas aplicações, estimula o aprender a aprender, propõe a substituição da memorização pelo processamento de idéias, reafirma o compromisso do médico com o ser humano ao longo de toda a sua existência desde o nascimento, na promoção da saúde e na prevenção da doença, em todas as etapas de seu desenvolvimento e formação, no tratamento das enfermidades até os cuidados paliativos, e nos seus momentos finais.

A implantação de um novo currículo constitui, reafirmamos, um grande desafio, certamente amainado pelo esgotamento incontestado do modelo atual.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A discussão sobre o sistema de saúde e sua reestruturação, que vêm ocorrendo mais intensamente em nosso País nos últimos trinta anos, estimularam que se intensificasse também no Brasil o debate sobre a formação médica. Tornou-se evidente, a partir dessa análise, a inadequação do profissional formado em nossas escolas para atender às necessidades e às exigências de nossa sociedade.

Paralelamente, países desenvolvidos, que já haviam institucionalizado aquela discussão em torno da escola médica, premidos pela transição que começavam a atravessar, de modo generalizado, os seus sistemas de saúde, desencadeavam o processo de reformulação do ensino médico. Iniciava-se o combate àquilo que em nosso País começávamos a constatar: modelo pedagógico fragmentado e compartimentalizado, caracterizado pela dissociação entre as disciplinas de áreas básicas e aquelas do chamado ciclo profissional, centrado na atividade hospitalar e com forte direcionamento para a especialização, em detrimento de prevenção da doença ou promoção da saúde,

---

<sup>462</sup> Este projeto resulta da reformulação curricular da Faculdade de Medicina de Fortaleza, originando um novo currículo para esta e que também foi implantado para os novos cursos de Medicina do Cariri e de Sobral.

dificultando a percepção holística do paciente e dissociado dos núcleos que o integram, que são a família e a comunidade.

Essas mudanças foram também acompanhadas pela valorização ou pela introdução de conceitos relacionados ao binômio ensino-aprendizagem, evidenciando-se a necessidade de aprender a aprender, de saber como, por que e para que utilizar a informação recebida e, assim, ser capaz de decidir de forma inteligente. A velocidade de produção do conhecimento deu maior ênfase a esse processo de busca e domínio adequados da informação, de aquisição do conhecimento, ferramenta indispensável para a também indispensável educação permanente, processo ininterrupto de aprendizagem do médico, que a graduação não esgota, devendo, ao contrário, favorecer com flexibilidade de raciocínio e capacidade de adaptação.

Tem sido claramente estabelecido que a **formação desse novo médico ( grifos meus)** exige também uma nova atitude docente, principalmente pela compreensão de que a verdadeira instituição de ensino é aquela que tem como orientação principal a busca incessante por mais qualidade, num ciclo contínuo de melhora. Trata-se de aprender com o erro, ao invés de ignorá-lo, de definir claramente objetivos de aprendizado, de estabelecer que cada conhecimento deve resultar no desenvolvimento de atitudes e habilidades. Essas capacitações devem constituir objetos de avaliação, por sua vez transformada num instrumento de medida da capacidade do aluno, na perspectiva de identificar os meios de aprimorar o seu desempenho. A esse docente cabe o exercício da transdisciplinaridade, da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe multiprofissional. Liderando o processo educativo, principalmente por seu exemplo, tem o privilégio de acolher idéias e propor novas metas educacionais, cabendo-lhe também decidir se o estudante desenvolveu habilidade suficiente para exercer sem supervisão a Medicina.

As idéias acima expostas estiveram igualmente presentes nas discussões de propostas de mudanças no ensino médico no Brasil, destacando-se o trabalho iniciado em 1991 pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico -CINAEM –, que congregou a maioria das escolas médicas brasileiras. Os dados obtidos por esse projeto, constituindo três grandes linhas de avaliação — avaliação docente, avaliação do modelo pedagógico e avaliação discente, forneceram elementos preciosos, para que cada faculdade pudesse identificar o caminho a ser trilhado, na busca de maior efetividade e eficácia em sua missão formadora.

Em nossa Faculdade de Medicina, a construção deste novo currículo foi iniciada em 1995, num processo estruturado e necessariamente longo, detalhadamente descrito neste documento. Respeitando-se nossas peculiaridades, o perfil do médico que pretendemos formar reflete globalmente as características definidas por aquelas escolas médicas nacionais e de outros países que promoveram mudanças em seu currículo.

Percebe-se claramente que o objetivo não é simplesmente uma mudança da chamada grade curricular. Mudam também a filosofia e as estratégias educacionais, visando a formação de um médico que atenda melhor às características apontadas pela sociedade, num cenário projetado para os próximos vinte anos. Estimula-se a capacitação docente, respeitando-se o livre arbítrio de cada módulo ou disciplina para escolha das metodologias de ensino. Incentiva-se que qualquer fato seja apresentado a partir de dados, sem os quais tudo são idéias preconcebidas, e que a solução de problemas tenha por base a evidência demonstrada com o devido rigor metodológico e Científico

Diversificando ao máximo, dentro de nossas possibilidades, os cenários de treinamento, estimula-se a integração de disciplinas e prioriza-se, desde o início do Curso, a aplicação prática que terá o conhecimento gerado. A exposição do aluno às reais

necessidades de saúde da população, desde o início do Curso, através de sua presença na comunidade, deverá favorecer o seu pensamento crítico, habilitá-lo também para a argumentação e a tomada de decisões, bem como estimular o seu compromisso com a transformação social. Patologias e situações de maior relevância no perfil epidemiológico de nosso Estado/Região estarão contempladas nos conteúdos obrigatórios do currículo.

Tendo como objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção das doenças, o ser humano é sempre visto em sua dimensão física e mental durante as várias etapas de seu desenvolvimento. O novo currículo visa capacitar o aluno a prestar uma assistência integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo para tal requisitar os serviços de outros profissionais de saúde. Esse médico atende o paciente no contexto de sua família e a esta no contexto da comunidade, sendo, portanto, capaz de proporcionar a maior parte dos cuidados de que necessita um paciente, depois de considerar sua situação cultural, socioeconômica e psicológica.

O novo modelo de currículo é centrado no aluno, visando o seu pleno desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e competências e valorizar a satisfação do paciente como indicador de seu desempenho profissional e da qualidade do sistema de saúde, que ele deverá conhecer em profundidade, uma vez que dele passará a fazer parte. Horários livres para estudo traduzem uma maior racionalidade obtida com a estruturação modular do currículo, melhor aproveitamento do tempo e atendimento a uma necessidade do estudante. Carga horária poderá ser atribuída como incentivo às atividades de pesquisa, de extensão e de iniciação à docência.

A formação ética passa a ser também valorizada, bem como outras questões relacionadas ao exercício profissional e às relações com associações de classe. A visão holística do paciente determina atenção às questões ambientais, às doenças relacionadas ao trabalho e temas atuais, como as diversas formas de violência e a adição às drogas.

A definição da estrutura do currículo permitirá ao estudante participar ativamente de sua formação, já que cerca de 20% da grade será formado por disciplinas opcionais, traduzindo a flexibilidade do modelo. Essa característica permitirá também, através de um sistema de avaliação permanente, ajustes e modificações do currículo definidos por grupos docentes, numa visão multidisciplinar.

Pretendemos que o processo de avaliação assuma, progressivamente, um caráter mais educativo, possivelmente revestido de maior rigor, já que definido por objetivos de aprendizagem, e também valorizado em seu caráter formativo, possibilitando ao estudante corrigir suas deficiências ao longo do módulo ou disciplina. Torna-se imperativo que a avaliação estruturada se estenda também ao Internato, desenvolvido em dois anos, o que tornará a formação mais eficiente, devendo constituir também um período de consolidação de atitudes e habilidades dos estudantes e de pleno domínio dos instrumentos que garantirão a sua educação continuada.

Num processo paralelo à implantação do novo currículo, estimularemos o início de um programa voluntário de tutoria, em que grupos de 5 a 10 alunos são supervisionados ao longo do curso por um docente ou médico voluntário, através de reuniões periódicas que visam não só avaliar o desempenho do aluno, mas também desenvolver de modo mais adequado relações interpessoais e preparar o estudante para a vida social, num processo de valorização não apenas do conhecimento científico, mas também de valores éticos e morais, de sua criatividade, sua responsabilidade social e pessoal. Essa preocupação com o relacionamento humano poderá trazer grande contribuição às

relações interpessoais, nos três segmentos que compõem o *campus* — discentes, docentes e servidores técnico-administrativos.

O desafio de implantação de um novo currículo torna-se maior pela inevitável transição com que teremos de conviver, enquanto coexistirem os dois programas. Uma das maneiras efetivas de reduzir as dificuldades é aplicar ao atual currículo algumas características operacionais do novo modelo — integração de disciplinas, fusão de conteúdos e funcionamento em módulos. Além das dificuldades burocráticas, haverá um processo de adaptação de professores, alunos e servidores técnico-administrativos. Espera-se que a uma linguagem crítica esteja sempre aliada uma identificação concreta do real, o que possibilitará os ajustes necessários na construção e aperfeiçoamento permanentes de um processo de aprendizagem com maior eficiência e eficácia.

### **3. PRINCÍPIOS NORTEADORES DA UFC**

O novo currículo do Curso de Medicina insere-se de modo coerente no projeto institucional da Universidade Federal do Ceará, naquilo que é identificado como missão, valores, objetivos permanentes, opções estratégicas, inserção, interiorização, expansão e qualidade perseguidos pela instituição.

A concepção do novo currículo levou em conta a necessidade de atender os dois grandes desafios que a sociedade impõe à Universidade: crescimento e aprimoramento.

Para que a Universidade atenda às necessidades de uma sociedade em rápida transformação, torna-se indispensável que ela se caracterize cada vez mais pela busca contínua por mais e melhor qualidade.

### **4. O PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR**

Em novembro de 1990, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), durante o XXVIII Congresso da ABEM, em Cuiabá, criaram um grupo de trabalho, com o objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil, refletindo uma preocupação que se expressa de forma crescente em todo o mundo.

Foi então criada, em 1991, a CINAEM - COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, que assumiu, em nível nacional, o papel de articular, técnica e politicamente, um movimento em prol da reforma do ensino médico. A CINAEM foi composta pelas seguintes entidades:

Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. A partir de 1998, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde também se integra, à CINAEM.

A CINAEM, apoiada por uma equipe técnica, desenvolveu o PROJETO CINAEM, de cuja primeira fase participaram 76 das 80 Escolas Médicas então existentes no País. Os dados coletados nessa fase descrevem as condições das Escolas quanto a aspectos políticos, administrativos e econômicos, quanto aos recursos humanos e materiais, ao modelo pedagógico adotado pela escola, seu papel na assistência e na pesquisa e ainda, ao grau de adequação do médico recém-formado às demandas sociais.



A Segunda Fase do Projeto foi planejada para aprofundar a avaliação de três variáveis: o modelo pedagógico, os recursos humanos e o médico formando. A CINAEM elaborou instrumentos que foram aplicados em cada escola para a avaliação dos recursos humanos e do médico formando (Anexo I).

Para a avaliação do modelo pedagógico, foi proposta a metodologia de planejamento estratégico a ser desenvolvida em cada escola, de modo que, no contexto de cada realidade, fossem criadas condições para a transformação do ensino médico, articulando-o a um novo paradigma educacional que viabilizasse a formação do médico adequado às necessidades da sociedade.

A Faculdade de Medicina da UFC, ao longo dos seus 52 anos, vem mantendo preocupação constante com a qualidade do ensino médico e sua adequação aos tempos. Várias mudanças curriculares foram introduzidas: o Internato; a inserção do aluno na comunidade (Instituto de Medicina Preventiva - IMEP), projeto que foi extinto na **Revolução Militar de 1964**; a introdução do ciclo básico, do sistema semestral e de créditos, na Reforma Universitária de 1973, e outras mais pontuais.

A Faculdade de Medicina da UFC aderiu ao Projeto CINAEM desde o seu início e, a partir de 1995, vem desenvolvendo um processo de discussão sobre ensino médico, com ampla participação das comunidades interna e externa. Ao longo desse período, várias publicações foram feitas em anais de congressos da ABEM e na imprensa local.

Descrevemos a seguir as principais etapas do processo de mudança curricular que culminaram com a elaboração de uma proposta de currículo, entendendo-se por currículo todos os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem e não simplesmente a grade curricular do Curso. Estes aspectos incluem os objetivos do Curso; as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes; as metodologias; as atitudes de alunos, professores, funcionários e detentores de cargos da administração na Universidade; e os ambientes de treinamento.

#### ***a) Perfil Ideal do Médico***

O perfil ideal do profissional médico foi estabelecido durante encontros que reuniram a Coordenação do Curso de Medicina, a Diretoria do então CCS, a Pró-Reitoria de Graduação, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, a Escola de Saúde Pública, o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - CONESSEMS, a Associação dos Municípios do Estado do Ceará - AMECE, os Chefes de Departamentos Acadêmicos ou seus representantes e o C.A. XII de Maio. Na primeira destas reuniões, foi constituído o Grupo Executivo Interno, com representação docente dos Departamentos de Morfologia, Fisiologia e Farmacologia, Patologia e Medicina Legal, Medicina Clínica, Cirurgia, Saúde Comunitária, Saúde Materno-Infantil, representação do HUWC, do C.A. XII de Maio, Coordenação do Curso e Diretoria do CCS.

Em seguida, em reuniões da comunidade interna, para as quais foram convidados todos os docentes, bem como uma representação estudantil, o perfil ideal do profissional médico foi submetido à apreciação crítica de docentes e discentes.

O perfil ideal do profissional médico foi revisto, considerando-se o cenário de variáveis relacionadas à saúde e ao exercício da Medicina, em reuniões amplas, às quais todos os professores foram convidados, bem como uma representação estudantil. Nestas reuniões, discutiu-se também o Curso de Medicina em seus moldes atuais, seus pontos fortes e seus pontos fracos em relação à missão de formar o profissional com o perfil que a sociedade necessita, dentro do cenário mais provável para os próximos 20 anos.



## **b) Cenário da saúde: projeção em 20 anos**

Para se delinear um diagnóstico do cenário relacionado à saúde, em um horizonte de 20 anos, foi traçado um roteiro abrangendo os seguintes tópicos: população e perfil epidemiológico, saúde pública, mercado de trabalho, avanços da Medicina, relações medicina/sociedade e educação/universidade. Tendo por base este roteiro, foram realizadas 23 entrevistas com representantes de diversas organizações relacionadas direta ou indiretamente com a questão da saúde em sua concepção mais ampla, para que fosse construído um cenário abrangente. O grupo de entrevistados era formado por profissionais reconhecidos nas áreas de Planejamento, Epidemiologia, Informática, Filosofia, Jornalismo, Sociologia e Medicina, por representantes das entidades médicas, dos docentes, dos empresários, por diretores de hospitais universitários e públicos e por parlamentares.

Todos os entrevistados foram convidados para reuniões, juntamente com o Grupo Executivo Interno e os Chefes dos Departamentos da Faculdade de Medicina, para consolidação do “Perfil Ideal do Profissional Médico”, desta feita levando em consideração os cenários traçados.

## **c) Diretrizes Curriculares e Competências Profissionais**

O passo seguinte foi a definição das diretrizes para o novo currículo. Realizamos um encontro com 16 horas de trabalho, durante um final de semana, no qual contamos com 30 participantes, além de 3 instrutores e 5 expositores. O perfil do médico a ser formado e o perfil epidemiológico do Estado foram apresentados como subsídios para as discussões. Grupos de trabalho foram organizados, para estabelecer as diretrizes gerais e aquelas relacionadas aos estudantes, aos professores, à metodologia, ao conteúdo e à avaliação.

Os grupos de trabalho iniciaram a tarefa de definição das competências profissionais, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes que o médico formado deve apresentar ao final do curso. A colaboração de professores das áreas específicas permitiu a continuidade do trabalho das equipes, com o estabelecimento do nível em que cada competência deve ser adquirida e desenvolvida.

## **d) Grupos de Estudo, Consultoria e Capacitação Pedagógica**

Após a definição do perfil do médico a ser formado e da constatação de que o modelo pedagógico era inadequado à formação deste profissional, tornou-se evidente a necessidade de profundas mudanças no currículo, especialmente aquelas relacionadas a dois aspectos fundamentais: metodologia e cenários de treinamento. Foram formados grupos de estudos sobre os temas Metodologia, Integração com a Comunidade e Modelos de Currículo.

A atividade desses grupos de estudo foi subsidiada por vasta literatura e foram realizadas algumas visitas técnicas a escolas médicas no Brasil e no exterior. Membros do grupo tiveram participação ativa nas diversas etapas do projeto CINAEM e no seu acompanhamento, sendo também viabilizada a participação de alguns professores em congressos da ABEM. Da articulação com as outras escolas médicas, surgiu a oportunidade de sediarmos, em maio de 2000, o II Encontro Norte Nordeste das Escolas Médicas – II ENNEM. Compareceram ao II ENNEM as 14 Escolas Médicas da Região

Nordeste e 3 das 4 da Região Norte (a Faculdade Medicina de Roraima não compareceu). As escolas participantes apresentaram e discutiram seus projetos de mudança curricular, as inovações metodológicas que estão em discussão ou implantação, os modelos de integração com a comunidade e os sistemas de avaliação dos internos e do internato.

Durante os anos, letivos 1998 e 1999, dispusemos de uma consultoria na área de currículo médico, exercida pelo Dr. Andrea Caprara, PhD em Antropologia pela Universidade de McMaster, no Canadá, contratado através do Programa de Professor Visitante Estrangeiro da CAPES. Com a parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará, promovemos alguns cursos de capacitação docente na metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas.

Ao longo dos últimos quatro anos, foram promovidas várias conferências, mesas redondas e seminários abordando temas relacionados à educação médica, com convidados locais e de outros Estados, visando sensibilizar os docentes, conscientizá-los da necessidade das mudanças e estimular a sua imprescindível participação no processo de transformação do currículo.

#### **e) O Projeto Piloto em Aprendizagem Baseada em Problemas desenvolvido no 4o. Semestre do Curso de Medicina**

Relatos de experiências desenvolvidas em escolas médicas de todo o mundo, com extensa documentação bibliográfica, despertaram o interesse de um grupo de professores em relação à inovação metodológica da aprendizagem baseada em problemas. Verificou-se que este método de ensino-aprendizagem, por suas características e dinâmica de funcionamento, poderia favorecer várias das diretrizes curriculares estabelecidas. As experiências relatam que o método, centrado no aluno, também favorece a consciência do processo de aprendizagem, a capacidade de análise, a iniciativa, a responsabilidade com o autodesenvolvimento, o trabalho multidisciplinar e em equipe e, ainda, capacita o aluno para a educação permanente.

Com o objetivo de desenvolver um projeto piloto de aplicação deste método, os professores do quarto semestre das disciplinas de Patologia, Imunologia, Microbiologia e Parasitologia submeteram-se a um programa de treinamento na metodologia da Aprendizagem Baseada em Problema -ABP.

O método da ABP foi aplicado pela primeira vez em 98.1, sendo executado um programa com duração de 4 semanas. Atualmente, as quatro disciplinas trabalham de maneira integrada todo o semestre e os conteúdos programáticos estão distribuídos em 3 módulos. Os temas são abordados nas discussões dos problemas em pequenos grupos, nas sessões de tutoria e em aulas teóricas e práticas. O processo ensino-aprendizagem tem sido avaliado e aperfeiçoado continuamente. As avaliações revelam uma ampla aceitação por parte dos estudantes e dos professores envolvidos no projeto (Anexo I).

#### **f) Comissão de Reforma Curricular**

O Conselho Departamental da Faculdade de Medicina, em maio de 1999, estabeleceu a formação de uma COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, composta pela Diretoria da Faculdade, por representantes de cada um dos Departamentos Acadêmicos e pelo Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica – NUDEM, com o objetivo de elaborar uma proposta de currículo que possibilitasse a formação do profissional com o perfil desejado, orientada pelo perfil epidemiológico do Estado e tendo como princípios norteadores as diretrizes curriculares definidas.

#### **4.1- CENÁRIO DA SAÚDE: PROJEÇÃO EM 20 ANOS**

No cenário de variáveis ligadas à saúde e ao exercício da Medicina delineado para os próximos vinte anos, estima-se que a sociedade sofrerá modificações que determinarão que o indivíduo passará a ter maior consciência de sua cidadania.

O acesso às informações e aos progressos na área científica e tecnológica, as melhorias de infra-estrutura social, os meios de comunicação, a tendência crescente à urbanização, entre outros fatores, contribuirão para que a sociedade exerça sobre o setor saúde uma fiscalização maior.

Estima-se que serão exigidas medidas preventivas mais eficazes, maior acesso à assistência e competência do médico para lidar com os agravos mais comuns à saúde, bem como um comportamento humano e ético. Por outro lado, tomando conhecimento dos avanços tecnológicos na área médica, os indivíduos passarão a exigir para si aqueles benefícios.

A Universidade será pressionada a responder de forma rápida e eficaz às necessidades da sociedade, tanto no que se refere à formação de profissionais, como nas áreas de pesquisa e extensão. Pressupõe-se que a autonomia nas universidades públicas seja consolidada. Considera-se também provável que a interferência do poder público, tanto no setor saúde, como na área de formação profissional, tenda a diminuir pela retirada dos investimentos públicos nestes setores e ocorram, conseqüentemente, privatização e terceirização de muitos serviços.

A sociedade mudará seus contingentes populacionais, com tendência de maior crescimento na terceira idade, por aumento na sobrevivência e pela diminuição da natalidade, embora seja prevista a diminuição da mortalidade infantil por melhoria da infra-estrutura. Desta forma, as doenças da modernidade, influenciadas pelos hábitos de vida, as doenças crônicas-degenerativas, as doenças infecto-contagiosas emergentes e reemergentes e as doenças psicossomáticas constituirão grande parte do perfil epidemiológico do Estado.

#### **4.2- ANÁLISE DO MODELO PEDAGÓGICO VIGENTE**

O modelo pedagógico vigente, analisado em relação à missão de formar o profissional com o perfil que a sociedade necessita, dentro do cenário mais provável para os próximos 20 anos, foi considerado inadequado pela comunidade interna.

A grade curricular apresenta incorreções na seqüência de disciplinas e a carga horária é mal distribuída e, muitas vezes, subutilizada. Não ocorre integração entre as disciplinas básicas e profissionalizantes, nem mesmo dentro do mesmo semestre. O Currículo está fragmentado numa série de disciplinas isoladas, faltando, portanto, coerência ao Curso. As avaliações induzem à memorização e são descritas como muito estressantes. As fontes de informações dos alunos restringem-se praticamente ao professor e às anotações de aula. O sistema de avaliação do docente é inadequado e não existe avaliação do currículo.

As metodologias educacionais utilizadas são, em geral, pouco criativas, com ênfase a aulas teóricas e aulas práticas, muitas vezes “teorizadas” e que ocorrem em condições inadequadas. As turmas são numerosas e o problema é agravado por transferências de alunos de outras Escolas. O aluno assume um papel totalmente passivo no processo de ensino-aprendizagem, o que não favorece o desenvolvimento, no futuro profissional, da

capacidade de análise e de decisão, da criatividade e da responsabilidade pelo autodesenvolvimento. Além disso, são poucas as oportunidades de treinamento em equipe.

O nosso Curso está fortemente amparado no complexo HUWC/MEAC e, portanto, desenvolve-se majoritariamente no nível terciário de atenção à saúde, com poucas oportunidades de treinamento no nível primário. Nesse contexto, a medicina curativa é priorizada e a especialização precoce dos estudantes é estimulada. A formação do médico ocorre centrada nas figuras do Médico/Professor e do paciente, longe das comunidades, tornando-se descomprometida com a transformação da sociedade.

### **4.3-AMBIÊNCIA EXTERNA**

Vários aspectos da ambiência externa ao Curso de Medicina favorecem as reformas necessárias para formar o médico com o perfil desejado, enquanto outros constituem ameaças que precisam ser superadas.

Existe uma tendência mundial de mudanças nos sistemas de saúde, para valorização do médico generalista e da medicina comunitária, o que determina novas demandas ao ensino. Muitas universidades de renome têm implementado reformas no ensino médico, tendo por base mudanças de paradigmas e de metodologias.

Em nosso meio, a implantação do SUS e a valorização dos sistemas locais de saúde favorecem uma Medicina mais próxima da população e interiorizada, sinalizando a abertura do mercado de trabalho para a Medicina Comunitária. No entanto, permanece uma forte tendência à subespecialização, mantida pelo corporativismo profissional, pelo perfil sociocultural urbano do estudante de Medicina e pelo mercado de trabalho vigente. A política do Governo Federal, com indícios de privatização das universidades e redução de verbas para a saúde e para a educação, se coloca como grave ameaça às mudanças que se fazem necessárias, enquanto se revelam favoráveis, as parcerias com o Governo Estadual, a Escola de Saúde Pública/CE e os Governos Municipais e a possibilidade de novas alianças.

## **5. O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO, A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA**

Dois importantes acontecimentos, no campo da saúde nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil. O primeiro, representado pelo fenômeno denominado pelos epidemiologistas "transição epidemiológica", onde se observa uma mudança substancial no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira: as doenças crônicas degenerativas, os acidentes e as violências assumem uma relevância cada vez maior como causa de morbidade e mortalidade no nosso meio. Embora processo semelhante tenha ocorrido nos diversos países industrializados do mundo, já a partir das primeiras décadas deste século, entre nós este fenômeno traz uma marca particular, própria das sociedades periféricas ou subdesenvolvidas como a brasileira. Persistem simultaneamente como causa importante de doença e morte em significativos contingentes populacionais, especialmente nos estratos ou nas regiões mais pobres, as enfermidades infecto-contagiosas e emergenciais. A coexistência de dois padrões de morbimortalidade (denominado polarização "epidemiológica"), um próprio da "modernidade" e outro característico do "atraso", coloca para a área acadêmica e para os profissionais e técnicos da área de saúde a complexa tarefa de atuar para fazer frente a

esses dois tipos de problemas. Um novo perfil de profissional, com capacitação mais abrangente, precisa ser formado frente às atuais exigências de nossa estrutura epidemiológica. Paralelamente, principalmente a partir da década de 80, fatores de ordem política, econômica, social e sanitária criaram as condições para a realização de uma importante reestruturação na organização dos serviços de saúde no Brasil, a chamada Reforma Sanitária, cujos princípios básicos foram incorporados à Constituição de 1988 e à legislação complementar; vivemos, a partir de então, o processo de constituição do Sistema Único de Saúde - SUS e de municipalização da saúde, com a implantação dos

Sistemas Locais de Saúde - os SILOS. O SUS significa, entre outras coisas, a tentativa de superação de dois modelos paralelos de prestação de atenção à saúde, um individual e curativo, outro coletivo e preventivo. Pretende-se, a partir da concepção de que o processo saúde-doença é um todo indivisível, articular as ações de caráter preventivo com aquelas essencialmente curativas, desconcentrando-as da esfera primordialmente hospitalar. Ao mesmo tempo, objetiva-se colocar como tarefa da própria comunidade local, representada institucionalmente através do município, a organização dessa nova forma de entender a saúde. Novamente, um novo perfil de profissional de saúde está a ser exigido pela atual realidade institucional brasileira no campo da organização dos serviços de saúde.

Mais recentemente, a partir de 1994, como uma das estratégias estruturantes para o SUS, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Procurava, através dele, reforçar um modelo de atenção mais voltado para a saúde do que para a doença, predominantemente preventivo, mais resolutivo em relação às necessidades assistenciais básicas, humanizado, com maior integralidade de ações e baseado em um trabalho de equipe multiprofissional vinculada a uma clientela definida. Em resumo, pretendia-se dar ênfase às ações de promoção, proteção e recuperação à saúde dos indivíduos a partir de seu núcleo familiar no próprio local de moradia, criando um vínculo mais permanente entre a equipe de saúde e a população sob sua responsabilidade assistencial. O Estado do Ceará iniciou a implantação do PSF ainda em 1994. Valeu-se, nesta estratégia, em parte de sua experiência anterior acumulada com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que vinha sendo desenvolvido desde 1988, e que, em 1993, já cobria a totalidade dos municípios do Estado (eram 150 agentes em 1988 e 9824 em 2000). O PSF encontra-se implantado em 97% dos municípios cearenses (existem 180 municípios), numa progressão de conformação exponencial nos últimos seis anos: eram 20 municípios e 81 equipes em 1994; 36 municípios e 144 equipes em 1995; 58 municípios e 207 equipes em 1996; 94 municípios e 300 equipes em 1997; 161 municípios e 649 equipes em 1998; 173 municípios e 763 equipes em 1999; e 178 municípios e 880 equipes até março de 2000. A nova realidade sanitária está a exigir dos aparelhos formadores um esforço adicional no processo de capacitação dos recursos humanos, tendo em vista a relativamente escassa disponibilidade de profissionais com formação generalista. Esta necessidade se faz urgente, principalmente no Estado do Ceará, onde as estruturas de saúde de um número expressivo de municípios não contam com médicos generalistas em quantidade e qualidade suficiente para fazer frente às exigências atuais da saúde na tarefa de implantação do SUS. Simultaneamente, nos municípios maiores, torna-se urgente repensar a formação de recursos humanos na nova realidade epidemiológica e de organização dos serviços de saúde, agora não mais dicotomizados entre ações preventivas e curativas, e com um campo de intervenção mais vasto e complexo, a

necessitar de médicos generalistas e especialistas. A par disto, os graves problemas de saúde pública da Região, conseqüência das condições gerais de vida de sua população, se impõem como tema obrigatório do ensino, para todos aqueles que entendem a atividade universitária como indissolúvelmente ligada à sociedade na qual está imersa, que a mantém, e para a qual devem retornar os frutos de seu trabalho.

## **6. MISSÃO DO CURSO DE MEDICINA**

A missão do Curso de Medicina é graduar o médico, através de metodologias de ensino adequadas e em ambientes apropriados, proporcionando-lhe formação compatível com os vários níveis de atenção à saúde e conhecimento técnico, científico e humanístico, que o capacite a identificar, conhecer, vivenciar os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade e a participar da solução dos mesmos, agindo com criatividade, espírito crítico-científico e de acordo com princípios éticos.

## **7. PERFIL DO MÉDICO**

### *Formação geral e sólida*

Possui formação abrangente e sólida nos três níveis de atuação. Possui qualificação para resolver os problemas associados às doenças mais prevalentes. Possui preparo para trabalhar, também, em comunidades com recursos médicos limitados. Possui sabedoria para encaminhar os casos que extrapolam as suas condições em resolvê-lo. Tem conhecimento da cultura médico-popular.

### *Comprometido com as transformações da sociedade*

Conhece a realidade socioeconômica-cultural do meio em que atua, principalmente daqueles aspectos ligados à saúde. Possui visão holística do ser humano. Analisa permanentemente o ambiente em que atua, aproveitando as oportunidades para propor implantação de alternativas que conduzam a uma sociedade mais sadia e justa.

### *Comprometido com a defesa da vida*

Desenvolve as suas atividades e toma decisões pautadas a partir de valores e convicções éticas e morais. Ajuda os parceiros a guiarem-se por valores éticos e morais. Sente-se gratificado em prestar atendimento ao enfermo. Pesquisa soluções que reforcem a defesa da vida. Destaca-se como parceiro das pessoas em busca da saúde.

### *Comprometido com o autodesenvolvimento*

Assume o compromisso de manter-se atualizado, adotando sempre uma atitude crítica e de busca de aperfeiçoamento pessoal e profissional. Incentiva o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores.

### *Cooperativo*

Tem capacidade para trabalhar em equipe, inclusive interdisciplinar, e sabe valorizar o trabalho e o esforço de todas as pessoas do seu grupo, na busca da saúde. Com base nas



situações surgidas em sua área de atuação, tem condições de perceber quando e como deve assumir a liderança da situação e, também, quando deve assumir o papel de liderado. Compartilha recursos e idéias e estabelece as parcerias necessárias para o sucesso do seu trabalho em grupo. Criativo, dotado de capacidade analítica e capaz de tomar decisões. Tem discernimento na análise das diferentes situações; inova na apresentação de alternativas e determina o curso de ação com agilidade na resolução de problemas; propõe as soluções mais adequadas.

## **8. CAMPOS DE ATUAÇÃO**

O Curso de Medicina deve graduar o médico, proporcionando-lhe formação geral e sólida para atuar:

na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças e na reabilitação de pessoas; nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nas atenções primária e secundária; no atendimento ambulatorial de problemas clínicos e cirúrgicos e no atendimento inicial das urgências e emergências em todos os ciclos da vida; no sistema hierarquizado da saúde e em equipe multiprofissional; e prosseguir sua formação, especializando-se em áreas básicas, clínicas ou cirúrgicas, visando à sua atuação no exercício da medicina, da pesquisa ou da docência.

## **9. DIRETRIZES CURRICULARES**

As diretrizes foram definidas internamente e estão de acordo com a proposta das Escolas Médica, consolidada no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Petrópolis, enviada pela ABEM ao MEC, para ser analisada pelo Conselho Nacional de Educação.

### **Diretrizes curriculares do Curso de Medicina**

#### **Gerais**

- O currículo deve estar comprometido com o paradigma da defesa da vida.
- O currículo deve ser adequado às necessidades de saúde da população, ouvidos os órgãos gestores do sistema de saúde e a comunidade.
- O currículo deve ser centrado e baseado nas necessidades da comunidade.
- O currículo deve estabelecer oportunidades de aprendizagem nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.
- O currículo deve assegurar a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes indispensáveis à prática médica.
- O currículo deve oferecer condições, para que o aluno compreenda o paciente e seus problemas de saúde no seu contexto social, cultural, familiar e econômico.
- O currículo deve desenvolver a capacidade de tomar decisões entre tecnologias disponíveis, levando em conta a preservação da qualidade do atendimento e a relação custo-benefício.

#### **Conteúdo**



- O conteúdo do currículo deve ser dinâmico, adaptando-se às necessidades da sociedade.
- O currículo deve ser baseado no perfil epidemiológico da Região.
- O currículo deve incorporar de forma racional os novos conhecimentos científicos e tecnológicos.
- O currículo deve enfatizar a integração das diversas áreas de conhecimento.

### **Metodologia**

- O Curso de Medicina deve aplicar uma metodologia de ensino centrada no aluno, que favoreça a consciência do processo de aprendizagem, a capacidade de análise, a iniciativa, a responsabilidade e o autodesenvolvimento.
- O currículo deve propiciar aos estudantes atuação na comunidade ao longo de todo o Curso.
- A metodologia aplicada deve propiciar o trabalho multidisciplinar e em equipe.
- O modelo pedagógico deve permitir a incorporação de novas metodologias.
- A metodologia deve capacitar o aluno para a educação continuada.

### **Estudantes**

- O Curso de Medicina deve favorecer o fortalecimento das relações interpessoais (aluno/paciente, professor/aluno, aluno/aluno).
- O processo de aprendizagem deve considerar o aluno nos seus aspectos cognitivo, afetivo e social, devendo estar assegurado ao aluno o acompanhamento psicopedagógico.
- O Curso de Medicina deve estimular nos alunos o compromisso com a comunidade e com a Instituição.
- O Curso de Medicina deve formar os alunos de acordo com os princípios éticos e morais da profissão.

### **Professores**

- No processo ensino-aprendizagem, o professor assume o papel de tutor.
- O professor deve estar comprometido com seu aperfeiçoamento técnico e pedagógico e com o exercício da docência.
- O professor deve se conduzir de acordo com os princípios éticos e morais da profissão.

### **Avaliação**

O sistema de avaliação deve ser periódico, utilizar metodologia adequada e envolver docentes, discentes e consultores externos, nos seguintes aspectos:

- objetivos educacionais - quanto à sua adequação e se estão sendo atingidos;
- processo ensino-aprendizagem - quanto aos métodos educacionais, conteúdo, ambientes e o próprio sistema de avaliação;
- aluno - quanto à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes;
- professores - quanto ao seu desempenho nas atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- Instituição - quanto à sua estrutura organizacional e processo gerencial.

## **Compromissos Institucionais**

A Faculdade de Medicina deve:

- promover integração entre ensino, pesquisa e assistência.
- prover ambientes físicos adequados aos métodos educacionais escolhidos.
- estar comprometida com a defesa de políticas de interesse coletivo,
- especialmente nas áreas de educação e saúde.
- constituir uma estrutura hierarquizada, sem autoritarismo.

## **10. O CURRÍCULO: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS**

Com o objetivo de estabelecer um modelo de currículo que possibilitasse a formação do profissional com o perfil desejado, orientado pelo perfil epidemiológico do Estado/Região e tendo como princípios norteadores as diretrizes curriculares definidas, foi designada em maio de 1999, pelo Conselho Departamental da Faculdade de Medicina, uma Comissão de Reforma Curricular, responsável pela formatação de um novo modelo pedagógico, apresentado no presente documento.

Currículo de um Curso de Graduação é o conjunto planejado de atividades que conduzem os alunos ao longo do período de formação; é o processo mediante o qual uma Instituição cumpre sua missão. O currículo envolve, portanto, todos os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem e não se restringe à mera grade de disciplinas. Estes aspectos são constituídos pelos objetivos do Curso; as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes; as metodologias utilizadas; os recursos pedagógicos disponíveis; as atitudes de alunos, professores, funcionários e detentores de cargos da administração na Universidade; os ambientes de treinamento; a distribuição da carga horária; os conteúdos; as atividades de pesquisa e extensão disponíveis; e quaisquer outros fatores determinantes do aprendizado.

Entendemos, pois, Currículo como um processo dinâmico, nunca cristalizado, em permanente construção, que requer, para a sua implantação e adequado desenvolvimento, acompanhamento e aperfeiçoamento, com participação ativa de todos os envolvidos em quaisquer de suas atividades. É fundamental que tenhamos a visão do todo, dos objetivos maiores, para que, a partir do nosso compromisso com a Instituição, possamos contribuir positivamente para o cumprimento da Missão da Faculdade de Medicina. Apresentamos, a seguir, as principais características do currículo a ser implantado.

### **a) Estrutura geral**

O Curso de Medicina é estruturado em 12 semestres, sendo o período letivo de, pelo menos, 100 dias. Os conteúdos essenciais (nucleares) obrigatórios estão contidos nos módulos sequenciais, nos módulos longitudinais - Desenvolvimento Pessoal e Assistência Básica em Saúde, e no Internato. Os conteúdos complementares são oferecidos em disciplinas eletivas.

O primeiro contato dos alunos com a UFC e a Faculdade de Medicina ocorrerá no módulo "Educação e Medicina" que está sob a responsabilidade da Coordenação do Curso e contará com a participação do Centro Acadêmico XII de Maio.

## **b) Internato de 2 anos**

O Internato de dois anos representa uma importante conquista do Currículo. Esta é uma antiga reivindicação dos alunos, com ampla aceitação entre os professores. Como parte do Programa de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina, a avaliação do Internato, realizada em julho de 2000, recebeu, de um grande número de alunos, a sugestão do Internato em 2 anos, sendo também apontado em muitos casos como fator de melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem naquele período do Curso. Depoimentos dos Internos foram determinantes, para que o Currículo proporcionasse o Internato de dois anos.

A importância do internato para o processo ensino-aprendizagem no nosso Curso pôde ser evidenciada no Teste de Qualificação Cognitiva –TQC, da CINAEM, realizado em novembro de 1999, em que as médias dos alunos da FM/UFC, nos 4 primeiros anos, são inferiores às médias nacionais e igualam e ultrapassam as médias nacionais no 5º e 6º anos, quando passam a ter vivência hospitalar efetiva (Anexo III).

## **c) Ciclo básico e ciclo profissional**

Um dos grandes dilemas da educação médica a ser superado no novo currículo é a dissociação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, cuja integração deve ser promovida progressivamente. No ciclo básico, a estratégia é inserir nos conteúdos dos módulos aspectos clínicos, especialmente ligados à semiologia clínica e diagnóstica dos diversos sistemas orgânicos. Por outro lado, temas das disciplinas básicas devem ser retomados sempre que necessário no ciclo clínico; dessa forma, professores de um ciclo podem, e devem, ser convidados pelos coordenadores dos módulos a participarem de módulos do outro ciclo. A integração básico-clínica também pode ser favorecida pela implementação de disciplinas eletivas.

## **d) Integração e organização por sistemas**

A integração de disciplinas é hoje uma recomendação considerada prioritária por quantos se dedicam ao estudo da educação médica e figura no Anteprojeto de Diretrizes Curriculares Nacionais da ABEM/MEC. É reconhecido que conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos em trabalho interdisciplinar ficam retidos por tempo prolongado e sua recuperação, em momento oportuno, torna-se facilitada. No presente currículo, a integração se torna possível pela organização dos assuntos por sistemas dispostos em módulos consecutivos, nos quais várias disciplinas contribuem de forma harmônica para alcançar os objetivos propostos. A organização por sistemas está sendo adotada por outras escolas no País, como a Escola Paulista de Medicina, e fora do país, como a Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard.

Nos dois primeiros semestres, a integração mais forte é entre as disciplinas de Anatomia, Histologia e Embriologia, Fisiologia, Farmacologia e Bioquímica. No terceiro semestre, ocorre a integração entre Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e Patologia, podendo estender-se para a Epidemiologia. O quarto semestre representa uma ligação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, em que temos a integração entre Anatomofisiopatologia, Farmacologia e Semiologia. No ciclo profissional, a integração se dá mais fortemente entre as abordagens clínica e cirúrgica dos temas. Nos módulos

longitudinais, busca-se a integração entre as disciplinas nos semestres consecutivos e também com os módulos seqüenciais.

### **e) Estrutura modular**

Definimos por módulos as unidades didáticas formadas por disciplinas, que trabalham de forma articulada. A estrutura modular possibilita uma concentração maior dos alunos sobre um determinado assunto e permite a divisão da turma em grupos menores, o que melhora a relação professor-aluno e, conseqüentemente, se reflete de maneira positiva no processo ensino-aprendizagem. As avaliações ficam também melhor distribuídas, evitando-se o estresse indesejável a que os alunos estão hoje submetidos pela proximidade de provas de até 7 disciplinas, que se desenvolvem de modo paralelo e dissociado. O currículo é organizado a partir de dois tipos de módulos:

#### **e.1 Módulos seqüenciais:**

Os módulos seqüenciais se desenvolvem um por vez no ciclo básico, enquanto que, no ciclo profissional, dois módulos se desenvolvem simultaneamente.

#### **e.2 Módulos longitudinais:**

O módulo longitudinal de Desenvolvimento Pessoal reúne assuntos relacionados aos aspectos humanísticos da Medicina, enquanto que o de Assistência Básica em Saúde agrega aspectos da Saúde Coletiva e da Atenção Básica. Os módulos têm uma pequena carga horária semanal (4h cada módulo), ao longo de todo o Curso, de modo a garantir um contato permanente do aluno com estes temas de forma contínua, consistente, articulada internamente e com as outras atividades do Curso, favorecendo a sua progressiva incorporação para a vida profissional.

##### **e.2.1. O Módulo de Desenvolvimento Pessoal**

Agrega as disciplinas relacionadas à Ética, à Psicologia e às Ciências Sociais e tem por objetivo estimular nos alunos o compromisso com a defesa da vida, para que possam desenvolver suas atividades e tomar decisões a partir de valores e convicções éticas e morais. Isto requer não só a aquisição de conhecimentos mas, principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam uma visão integral do ser humano. Nesse módulo, semanalmente, parte da carga horária será reservada para atividades de "vivências", durante as quais os alunos terão a oportunidade de expressar seus interesses, dificuldades, motivações, dúvidas ou propor temas para discussão em grupo. Os objetivos propostos extrapolam os limites do módulo e devem perpassar todas as atividades que compõem o currículo do Curso de Medicina. Todos os professores da FM/UFC, e não somente os responsáveis por este módulo, devem estar atentos às oportunidades para o aprimoramento da formação ética, psicológica e humanística dos alunos.

A continuidade do módulo se faz a cada semestre, com as seguintes disciplinas: Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina; Psicologia do Desenvolvimento Humano; Saúde, Cultura e Sociedade; Psicologia Médica; Bioética e Cidadania; Psicopatologia; Saúde Comunitária; e Medicina Legal e Deontologia Médica. No

Internato, serão realizados seminários de Bioética e Grupos Balint para discussão de situações ou assuntos relacionados à Ética Médica.

### **e.2.2. O Módulo de Atenção Básica em Saúde**

Agrega temas relacionados à Medicina Social e à Atenção Primária e Secundária em Saúde, objetivando o conhecimento da realidade socioeconômica-cultural do nosso meio, principalmente os aspectos ligados à saúde, de modo que os alunos desenvolvam uma visão coletiva destes problemas, como parceiros das pessoas em busca da saúde e contribuam para uma sociedade mais sadia e justa. O objetivo maior é tornar o médico um cidadão comprometido com as transformações da sociedade. Nesse módulo, fica privilegiada a prática médica ao nível primário e secundário de atenção à saúde, em integração com o Sistema Único de Saúde, em acréscimo às oportunidades de treinamento ao nível terciário, que já se desenvolve nos hospitais universitários. A LEI FEDERAL Nº 8.080, de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde, no Título IV- Parágrafo único, determina: “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”. Além disso, as diretrizes curriculares dos Cursos de Medicina enviadas ao MEC prevêm médicos aptos a trabalhar nos três níveis de atenção, “com ênfase nos níveis primário e secundário”. Os objetivos do módulo, à semelhança do descrito para o módulo de Atenção Básica em Saúde, extrapolam os limites de sua carga horária e devem ser buscados em cada um dos módulos seqüenciais. O Módulo de Atenção Básica em Saúde se desenvolve a cada semestre, através das seguintes disciplinas: Fundamentos da Prática e da Assistência Médica; Diagnóstico de Saúde da Comunidade; Epidemiologia e Bioestatística; Medicina Preventiva; Atenção à Saúde da Criança; Atenção à Saúde da Criança e da Gestante; Assistência Básica à Saúde do Adulto I; Assistência Básica à Saúde do Adulto II; e Internato em Saúde Comunitária.

### **f) Módulos optativos**

Os módulos optativos abordam conteúdos complementares e garantem a necessária flexibilidade ao Curso, conforme preceito das diretrizes curriculares da ABEM/MEC. A amplitude de temas a serem propostos depende exclusivamente do potencial do corpo docente da Faculdade de Medicina e até mesmo da UFC, podendo se estender a áreas de interesse além da medicina/saúde. Nestas disciplinas, a carga horária, a metodologia e o número de vagas serão determinados em função das condições de infra-estrutura e objetivos determinados. Devem ser oferecidas disciplinas com carga horária de 20 a 40 horas, nas 2 últimas semanas do semestre, e os alunos devem cumprir 60 horas em cada um dos semestres, do 5º ao 8º.

Até 25% da carga horária dos módulos optativos poderá ser atribuída a atividades de pesquisa e de extensão, condicionadas a efetivo acompanhamento e avaliação. Sabemos hoje, pela análise dos questionários aplicados aos internos em julho de 2000, que, durante o período de formação na graduação, 87,7% deles participaram de pelo menos uma das três atividades universitárias, de modo remunerado ou não, seja na iniciação científica, na monitoria ou na extensão. As três atividades foram exercidas por 15,0% dos internos; participaram de duas delas 37,6% e de apenas uma, 34,7%. Participaram de iniciação científica 59,5% dos alunos, de monitoria, 63% e de extensão, 32,4%. A

integração ensino-pesquisa-extensão é desejável e os módulos optativos constituem uma real oportunidade para isto. Durante o exercício destes programas, talentos são revelados, refletindo-se, inclusive, nas futuras opções profissionais.

### **g) Horário livre**

Em todos os semestres, com exceção do Internato, estão previstos pelo menos dois períodos livres por semana, para que os alunos possam se dedicar ao estudo, a atividades acadêmicas e a assuntos de seu interesse. Atualmente, alguns semestres têm carga de 40 horas semanais, além de atividades de plantões, ocasionando estresse e sobrecarga de trabalho aos alunos. No internato, está previsto um período livre por semana.

### **h) Metodologia**

A escolha da metodologia a ser utilizada em cada módulo deve ser feita respeitando-se as diretrizes curriculares definidas no Curso de Medicina da UFC e as Diretrizes da ABEM/MEC, ressaltando-se o papel mais ativo do aluno, o trabalho em pequenos grupos, o papel de tutor desempenhado pelo professor, o desenvolvimento dos temas com base em casos e situações reais ou simulados, a utilização de ambientes e recursos adequados, a necessidade de avaliação de habilidades e atitudes, além da avaliação de conhecimentos.

Chamamos a atenção para o perfil do profissional a ser formado, em que várias qualificações dependem essencialmente da metodologia aplicada. Há necessidade de capacitação pedagógica dos docentes e preparação dos alunos para a adoção de metodologias inovadoras, sob pena de não alcançarmos nossos objetivos. É imprescindível que cada docente, ao planejar suas atividades didáticas, tenha sempre em mente o perfil do médico a ser formado como objetivo e procure responder à pergunta: como as nossas atividades estão contribuindo para a formação deste profissional? A combinação de estratégias educacionais é salutar, desde que sejam escolhidas segundo os objetivos educacionais desejados, cada uma com suas indicações didáticas e aproveitando-se o melhor de cada estratégia. É muito importante que se disponibilize para os professores uma assessoria pedagógica.

### **i) Atividades práticas**

As atividades práticas devem ser enfatizadas e constituir a base para a aprendizagem, evitando-se a “teorização” das mesmas. Faz-se necessária uma melhoria da nossa infraestrutura laboratorial e de atendimento ambulatorial. Novos espaços devem ser buscados, especialmente tendo-se em vista a necessidade de se oferecer treinamento nos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

### **j) Avaliação**

A implantação do projeto pedagógico, como um processo dinâmico, em permanente construção, pressupõe a adoção de um sistema de avaliação que possibilite o acompanhamento e o aperfeiçoamento do currículo.

O sistema de avaliação a ser implantado deve ser periódico, envolvendo docentes, discentes, funcionários técnico-administrativos e consultores externos. Devem ser planejadas avaliações dos objetivos educacionais, do processo ensino-aprendizagem, de alunos, de professores e da Instituição.

A aprovação e a progressão dos alunos no Curso, respeitando os critérios da UFC, seguirão normas específicas, detalhadas no projeto pedagógico. No entanto, é imprescindível a inclusão de uma avaliação formativa, que dê ao aluno um “*feed-back*” sobre o seu rendimento, ainda com tempo hábil para a melhoria do seu desempenho. A avaliação dos alunos deve abranger todo o processo de formação profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes, estendendo-se também ao Internato.

## **11. ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA**

### **a) Estrutura curricular e carga horária dos módulos**

MÓDULO CARGA HORÁRIA MÓDULO DISCIPLINAS

#### **SEMESTRE 1**

- 1 32 EDUCAÇÃO E MEDICINA Coordenação do Curso
  - 2 96 BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR Genética / Histologia e Embriologia / Bioquímica / Fisiologia / Farmacologia
  - 3 72 GÊNESE E DESENVOLVIMENTO Genética / Histologia e Embriologia / Fisiologia / Farmacologia
  - 4 104 APARELHO LOCOMOTOR Histologia e Embriologia / Anatomia / Fisiologia / Farmacologia
  - 5 136 SISTEMA NERVOSO Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia / Farmacologia
  - 6 68 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Fundamentos da Prática e da Assistência Médica
  - 7 68 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina
- 576

#### **SEMESTRE 2**

- 1 48 PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA Farmacologia
  - 2 60 SISTEMA CARDIOVASCULAR Anatomia / Histologia / Embriologia / Fisiologia
  - 3 60 SISTEMA RESPIRATÓRIO Anatomia / Histologia / Embriologia / Fisiologia
  - 4 88 SISTEMA DIGESTÓRIO Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia / Bioquímica
  - 5 88 SISTEMA ENDÓCRINO Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia
  - 6 88 SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia
  - 7 72 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Diagnóstico de Saúde da Comunidade
  - 8 72 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Psicologia do Desenvolvimento Humano
- 576

#### **SEMESTRE 3**



- 1 144 PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS Farmacologia / Imunologia / Microbiologia/Parasitologia / Patologia
  - 2 144 RELAÇÃO PARASITOHOPEDEIRO Imunologia / Microbiologia / Parasitologia/Patologia
  - 3 144 IMUNOPATOLOGIA Imunologia / Microbiologia / Parasitologia/Patologia
  - 4 72 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Epidemiologia e Bioestatística
  - 5 72 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Saúde, Cultura, Ambiente e Trabalho
- 576

#### **SEMESTRE 4**

- 1 216 ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS  
Semiologia / Anatomofisiopatologia / Farmacologia
  - 2 216 ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES Semiologia / Anatomofisiopatologia / Farmacologia
  - 3 72 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Saúde Comunitária
  - 4 72 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Psicologia Médica
- 576

#### **SEMESTRE 5**

- 1 96 CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO Gastroenterologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
  - 2 48 NUTROLOGIA Nutrição / Cirurgia / Pediatria / Geriatria
  - 3 48 ENDOCRINOLOGIA: CLÍNICA E CIRURGIA Endocrinologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
  - 4 96 CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO CARDIOVASCULAR Cardiologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
  - 5 96 PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA Pneumologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
  - 6 64 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Assistência Básica à Saúde da Criança
  - 7 64 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Bioética e Cidadania
  - 8 60 OPTATIVO Disciplinas optativas
- 572

#### **SEMESTRE 6**

- 1 96 NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA Pediatria / Obstetrícia
- 2 96 PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA Pediatria / Cirurgia
- 3 96 GINECOLOGIA Ginecologia
- 4 96 NEFROLOGIA E UROLOGIA Nefrologia / Urologia
- 5 64 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Assistência Básica à Saúde da Criança e da Gestante

6 64 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Psicopatologia  
7 60 OPTATIVO Disciplinas optativas  
572

### **SEMESTRE 7**

1 96 DOENÇAS INFECCIOSAS Doenças Infecciosas / Microbiologia / Parasitologia /  
Imunologia / Farmacologia  
2 48 DERMATOLOGIA Dermatologia / Cirurgia / Cirurgia Plástica  
3 48 HEMATOLOGIA Hematologia / Farmacologia  
4 96 GERIATRIA Geriatria / Farmacologia  
5 48 REUMATOLOGIA Reumatologia / Farmacologia  
6 48 ONCOLOGIA Clínica Médica / Cirurgia / Medicina preventiva / Farmacologia  
7 64 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Assistência Básica à Saúde do Adulto I  
8 64 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Medicina Preventiva  
9 60 OPTATIVO Disciplinas optativas  
572

### **SEMESTRE 8**

1 96 URGÊNCIAS MÉDICAS Clínica Médica / Cirurgia / Pediatria  
2 48 OTORRINOLARINGOLOGIA Otorrinolaringologia  
3 48 TRAUMATO-ORTOPEDIA Traumatologia e Ortopedia  
4 48 NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA Neurologia / Neurocirurgia / Farmacologia  
5 48 PSIQUIATRIA Psiquiatria / Farmacologia  
6 48 TERAPIA INTENSIVA Clínica Médica / Cirurgia / Pediatria  
7 48 OFTALMOLOGIA Oftalmologia  
8 64 ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE Assistência Básica à Saúde do Adulto II  
9 64 DESENVOLVIMENTO PESSOAL Medicina Legal e Deontologia Médica  
10 60 OPTATIVO Disciplinas optativas  
572

### **INTERNATO COM DURAÇÃO DE 23 MESES - 01MÊS DE FÉRIAS E 1 MÊS DE ESTÁGIO ELETIVO SEMESTRES 9 e 10**

1 1248 INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA 26 SEMANAS / 48H Mínimo de 05  
meses  
2 936 INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA 26 SEMANAS / 36H  
Mínimo de 04 meses  
01 mês no CRUTAC  
01 mês em Urgência/Emergência

### **SEMESTRES 11 E 12**

1 768 INTERNATO EM CIRURGIA 16 SEMANAS / 48H Mínimo de 03 meses 01  
mês em Urgência/Emergência

2 768 INTERNATO EM PEDIATRIA 16 SEMANAS / 48H Mínimo de 03 meses 01  
mês em Urgência/Emergência

3 768 INTERNATO EM TOCOGINECOLOGIA 16 SEMANAS / 48H Mínimo de 03  
meses 01 mês em Urgência/Emergência

### **SÍNTESE DA CARGA HORÁRIA POR SEMESTRE SEMESTRE CARGA HORÁRIA**

S1 576

S2 576

S3 576

S4 576

S5 572

S6 572

S7 572

S8 572

Subtotal 4.592

INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA 1.248

INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA 936

INTERNATO EM CIRURGIA 768

INTERNATO EM PEDIATRIA 768

INTERNATO EM TOCOGINECOLOGIA 768

Subtotal 4.488

**TOTAL 9.080**

#### **b) Modelo de distribuição dos módulos ao longo dos semestres**

##### **S1**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

EDUCAÇÃO E MEDICINA

BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR

GÊNESE E DESENVOLVIMENTO

APARELHO LOCOMOTOR SISTEMA NERVOSO

FUNDAMENTOS DA PRÁTICA E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA

##### **S2**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA

SISTEMA.CARDIOVASCULAR

SISTEMA RESPIRATÓRIO

SISTEMA DIGESTÓRIO

SISTEMA ENDÓCRINO

SIST. GÊNITOURINÁRIO

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

##### **S3**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO  
IMUNOPATOLOGIA  
EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA  
SAÚDE, CULTURA, AMBIENTE E TRABALHO

**S4**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES  
FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E  
SINAIS  
ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E  
TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES  
SAÚDE COMUNITÁRIA  
PSICOLOGIA MÉDICA

**S5**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

CLÍNICA E CIRÚRGIA DO AP. DIGESTÓRIO CLÍNICA E CIRÚRGIA DO AP.  
CARDIOV.  
NUTROLOGIA OPTATIVO ENDOCRINOLOGIA:  
CLÍNICA E CIRURGIA PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA  
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA  
BIOÉTICA E CIDADANIA

**S6**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA GINECOLOGIA  
PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGIA UROLOGIA E NEFROLOGIA OPTATIVO  
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA E DA GESTANTE  
PSICOPATOLOGIA

**S7**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

DOENÇAS INFECCIOSAS GERIATRIA  
OPTATIVO  
DERMATOLOGIA HEMATOLOGIA REUMATOLOGIA ONCOLOGIA  
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE ADULTO I  
MEDICINA PREVENTIVA

**S8**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18**

URGÊNCIAS MÉDICAS NEUROLOGIA E  
NEUROCIRURGIA TERAPIA INTENSIVA  
OTORRINOLARINGOL. TRAUMATO-ORTOP. PSIQUIATRIA OFTALMOLOGIA  
OPTATIVO  
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO II  
MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA MÉDICA

## **12. EMENTÁRIO DOS MÓDULOS SEMESTRE 1**

### **S1M1 - EDUCAÇÃO E MEDICINA**

O ser humano na dimensão biopsicossocial. Características geográficas e sociais da região Nordeste. A Universidade na sociedade atual. Estrutura e funcionamento da UFC. Visão geral da Medicina e do exercício profissional. O papel do médico. O acesso à informação. O perfil do médico a ser formado. O currículo do Curso de Medicina: estrutura e modelo pedagógico.

### **S1M2- BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR**

Moléculas da vida e reações enzimáticas. Estrutura celular: principais componentes e organelas. Integração celular: junções celulares, adesão celular e matriz extracelular. Etapas e controle do ciclo celular. Replicação gênica. Transcrição e síntese protéica. Técnicas de biologia molecular. Metabolismo celular e produção de energia. Receptores de membrana e os sistemas de transdução de sinais biológicos.

### **S1M3- GÊNESE E DESENVOLVIMENTO**

Gametogênese e fertilização humana. Implantação e desenvolvimento do ovo. Formação do embrião humano e malformações congênitas. Placenta e membranas fetais. Desenvolvimento dos tecidos e órgãos do corpo humano. O período fetal. Fundamentos da microscopia ótica. Características gerais dos principais tecidos do corpo humano. Morfofisiologia do sistema hematopoiético. Coagulação do sangue. Morfofisiologia do sistema imunológico. O princípio da homeostase.

### **S1M4- APARELHO LOCOMOTOR**

Embriologia do sistema muscular e esquelético. As características gerais dos tecidos ósseo e muscular. As relações anatômicas do esqueleto e músculos do corpo humano. As estruturas do corpo humano e as correspondentes imagens. Fundamentos dos métodos diagnósticos por imagem. As características mecânicas dos ossos e dos músculos. Transporte através da membrana. Potencial de membrana e os mecanismos envolvidos no potencial de ação. Função das fibras musculares esqueléticas. O exercício e o condicionamento físico. Ação de fármacos sobre os tecidos ósseo e muscular. Semiologia do aparelho locomotor.

### **S1M5- SISTEMA NERVOSO**

Embriogênese do sistema nervoso. Principais tipos celulares componentes do sistema nervoso. Estruturas anatômicas e organização do sistema nervoso central e periférico. Imagens das estruturas. Impulso nervoso. Estrutura e organização do sistema nervoso autônomo. Sistemas sensitivos gerais e especiais da audição e da visão. Integração neuroendócrina. Ritmos biológicos. Regulação da postura e locomoção. Funções corticais superiores. Principais fármacos com ação sobre o sistema nervoso. Semiologia do sistema nervoso.

## **S1M6- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: FUNDAMENTOS DA PRÁTICA E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA**

O processo saúde-doença. Evolução das práticas médicas. Políticas de saúde. Organização dos serviços de saúde. A reforma sanitária. Sistema Único de Saúde. Diretrizes e objetivos do SUS. Integração docente assistencial. Ações preventivas básicas: hidratação oral, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e condutas em IRA, crescimento e desenvolvimento da criança. Educação e saúde. Primeiros socorros: hemorragia e choque; fraturas; urgências clínicas e ambientais; reanimação cardiorrespiratória cerebral.

## **S1M7- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: A EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA**

História da Medicina. Evolução da formação do raciocínio clínico na Medicina desde Hipócrates aos nossos dias, levando em consideração as contribuições herdadas da filosofia, da ciência moderna e da ética médica. Bioética e Ciências. O estudante de Medicina e as entidades médicas (Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, Sindicato dos Médicos e Centro Médico Cearense). Bioética e Clínica (estudo de casos). Metodologia científica: construção da nomenclatura médica, análise crítica e interpretação dos resultados da pesquisa científica.

## **SEMESTRE 2**

### **S2M1 – PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA**

Evolução histórica e conceitos básicos da Farmacologia. Identificação dos mecanismos farmacocinéticos relacionados à absorção, distribuição, biotransformação e excreção dos fármacos (farmacocinética). Mecanismos gerais de ação dos fármacos (farmacodinâmica). Interação entre fármacos.

### **S2M2- SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Embriogênese do aparelho circulatório e malformações congênitas. Estruturas do sistema circulatório e correspondentes imagens. Relações anatômicas do coração e dos vasos sanguíneos no corpo humano. Características gerais dos tecidos cardíaco e vascular. Propriedades eletromecânicas do coração e sua representação eletrocardiográfica. O ciclo cardíaco. Hemodinâmica.

### **S2M3- SISTEMA RESPIRATÓRIO**

Principais etapas da embriogênese do sistema respiratório. Os componentes do sistema respiratório, suas características histológicas e correspondentes imagens. Fisiologia da respiração. Principais vias de inervação e vascularização do sistema respiratório. Relações funcionais entre ventilação e perfusão, pulmonar. O processo da hematose e ajustes metabólicos.

### **S2M4- SISTEMA DIGESTÓRIO**

Embriogênese do tubo digestivo. Histologia dos componentes do sistema digestório. Estruturas do sistema digestório e as imagens correspondentes. Principais vias de inervação e vascularização do sistema digestório. Secreção gástrica cloridro-péptica. Motilidade gastrointestinal. Digestão e absorção dos alimentos. Absorção da água, dos sais, e vitaminas. Semiologia do sistema digestório.

### **S2M5- SISTEMA ENDÓCRINO**

Metabolismo dos alimentos. Produção e utilização de energia. Controle hormonal do metabolismo normal e suas alterações. Metabolismo dos xenobióticos. Anatomia e histologia do sistema endócrino. Fisiologia do eixo hipotálamo-hipofisário, e das glândulas tireóide, paratireóide, adrenal e pâncreas.

### **S2M6- SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO**

Embriogênese do sistema genito-urinário. Anatomia e histologia dos rins, bexiga, órgãos reprodutores e genitálias. Imagens correspondentes a estas estruturas. As relações morfológicas do sistema urinário e reprodutor, masculino e feminino. Principais vias de inervação e vascularização do sistema genito-urinário. Hormônios sexuais masculinos e femininos. O ciclo menstrual. A gravidez e o parto. Métodos anticoncepcionais. Fisiologia renal.

### **S2M7 - ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE**

Conceitos e identificação de indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde na análise da situação de saúde, do perfil epidemiológico e das condições de vida da comunidade. Territorialização de riscos em espaços geográficos e sociais específicos. Perfil de saúde de áreas microhomogêneas do Programa de Saúde da Família. Métodos para a realização do diagnóstico de saúde da comunidade e para intervenção em saúde: na prática de saúde pública, na prática clínica e na prática da pesquisa médica ao nível populacional.

### **S2M8 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento humano. As instâncias da personalidade e as fases do desenvolvimento psicosexual segundo a psicanálise Freudiana. Os oito estágios do ciclo vital segundo Erick H. Erickson. Cognição e aprendizagem segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget. Aspectos pragmáticos da comunicação. O ciclo de vida familiar. Aspectos psico-afetivos de uma vida saudável.

## **SEMESTRE 3**

### **S3M1 - PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS**

Lesão celular. Reação inflamatória aguda e crônica, as células e mediadores envolvidos, manifestações sistêmicas. Angiogênese e reparação. Alterações do crescimento e da diferenciação celular. Resistência natural inespecífica. Resposta imunológica específica. Processos degenerativos. Aterosclerose. Fatores biopatogênicos, ambientais e genéticos envolvidos em patologias humanas.

### **S3M2- RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO**

Protozoários, helmintos e artrópodes de interesse médico – modelos para descrição de aspectos morfobiológicos dos parasitos e aspectos clínicos e epidemiológicos das parasitoses mais frequentes na região. Bactérias, fungos e vírus envolvidos nas patologias mais importantes em nosso meio - modelos para descrição de aspectos morfofuncionais e patogenéticos. Relação parasito-hospedeiro: principais mecanismos de virulência e de escape dos agentes biopatogênicos e a resposta imunológica. Reações de hipersensibilidade. Diagnóstico parasitológico, microbiológico e imunológico das principais patologias. As grandes endemias do Nordeste.

### **S3M3- IMUNOPATOLOGIA**



Imunodeficiências primárias e secundárias: causas, repercussões e diagnóstico. Parasitos oportunistas associados: bactérias, vírus, fungos e protozoários. Autoimunidade e mecanismos de lesão tecidual. Neoplasias, fatores ambientais e genéticos e a resposta imunológica aos tumores. Imunologia dos transplantes.

#### **S3M4 - ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA**

Perfil epidemiológico de uma população. Medidas de mortalidade e morbidade. Caracterização e controle de endemias e epidemias. Técnicas de informática aplicadas à saúde e métodos epidemiológicos de estudo. Sistema de vigilância epidemiológica e sanitária.

#### **S3M5 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: SAÚDE, CULTURA, AMBIENTE E TRABALHO**

Conceito de Comunidade. A vida comunitária e a teia social. Cultura e saúde. O discurso social na doença. A comunidade na promoção da saúde. O corpo biológico e o corpo social. O doente e o seu meio sócio-cultural. A cultura dos excluídos. A matriz sócio-cultural do imaginário nordestino. Os efeitos da globalização nas estruturas sociais e mentais. Conceito e relações entre saúde, trabalho e ambiente. O contexto atual da globalização. Problemas ambientais globais. Saúde, trabalho e ambiente no Brasil e no Ceará. Metodologias de investigação e instrumentos de intervenção. Desenvolvimento sustentável e qualidade de vida.

### **SEMESTRE 4**

#### **S4M1- ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS**

As qualidades do médico e seu compromisso com a vida. Abordagem do paciente. Relação médico-paciente. Anamnese - sinais e sintomas. Abordagem clínica e bases fisiopatológicas e terapêuticas do paciente com sintomas comuns. Exame físico geral e segmentar. Estudo de peças anatomopatológicas. Diagnóstico por imagens. Listagem de problemas do paciente. A elaboração do diagnóstico clínico: anatômico, sistêmico, sindrômico, nosológico e etiológico.

#### **S4M2- ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SINDROMES**

O prontuário médico. Os direitos do paciente. A responsabilidade médica e o sigilo profissional. A abordagem do paciente, bases fisiopatológicas e terapêuticas das grandes síndromes: insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, insuficiência circulatória aguda (choque), insuficiência renal, insuficiência hepática, coma. O paciente com déficit motor. A medicina baseada em evidências.

#### **S4M3- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: SAÚDE COMUNITÁRIA**

Herança sociocultural: indígena, africana, européia, e oriental. Os sistemas de representação da doença no Nordeste. Plantas medicinais cientificamente fundamentadas. Farmácias vivas. Medicina popular. Saúde mental comunitária. Medicina holística. Homeopatia. Acupuntura. Crítica ao modelo mecanicista biomédico.

#### **S4M4 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOLOGIA MÉDICA**

A organização da interação humana como sistema. Relações em desenvolvimento: características das relações com grupos de iguais - competição x co-construção;

características das relações hierárquicas (pais/filhos; professor/aluno; médico/paciente); autoridade x co-responsabilidade. O trabalho em grupo; A relação médicopaciente; situações especiais na relação médico-paciente; o lugar da perda e da morte na experiência humana.

## **SEMESTRE 5**

### **S5M1- CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO**

Afecções da boca e do esôfago. Dor abdominal: fisiopatologia e chaves diagnósticas. Abordagem do paciente com doenças do estômago-duodeno. Doenças do intestino. O paciente colostomizado. Síndrome desabsortiva. Avaliação do paciente com diarreia aguda e crônica. Doenças da vesícula e das vias biliares. Doenças do pâncreas. Doenças do fígado. Avaliação do paciente com icterícia, ascite e hipertensão porta. Icterícia e gravidez. Abordagem multidisciplinar do alcoolismo. Transplante de fígado. Doenças psicossomáticas do aparelho digestório. Aspectos nutricionais em Gastroenterologia. Métodos complementares de diagnósticos. O impacto da doença do aparelho digestório sobre o paciente. Prevenção das doenças do aparelho digestório.

Relação médico-paciente – aspectos éticos.

### **S5M2—NUTROLOGIA**

Avaliação do estado nutricional. Necessidades nutricionais. Efeito das doenças sobre o estado nutricional. Dietoterapia - prescrição de dietas. Suporte nutricional: oral, enteral e parenteral. Suporte nutricional em situações especiais. Relação médico-paciente e aspectos éticos. Nutrição e vida saudável.

### **S5M3 ENDOCRINOLOGIA: CLÍNICA E CIRURGIA**

Regulação genética da produção de hormônios. Interação entre hipotálamo, hipófise e órgãos efetores. Avaliação

e exame físico do paciente com endocrinopatia. Conduta diagnóstica e terapêutica nas endocrinopatias mais freqüentes: doenças hipofisárias, da tireóide e paratireóides, diabete melito, doenças adrenais, obesidade. Implicações clínicas do metabolismo anormal das lipoproteínas. Distúrbios do metabolismo da água e dos eletrólitos. O impacto da doença endócrina sobre o paciente. Prevenção das doenças endócrinas e metabólicas e melhoria da Qualidade de vida. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

### **S5M4- CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO CARDIOVASCULAR**

Manifestações importantes da doença cardíaca. Problemas comuns revelados pela ausculta cardíaca. Diagnóstico das doenças cardíacas. Insuficiência cardíaca congestiva. Doenças cardíacas comuns: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, cardiopatia reumática, miocardiopatia dilatada, endocardite infecciosa. Doenças do pericárdio: pericardite aguda, pericardite constrictiva, tamponamento paricárdico. Cardiopatias congênitas comuns: comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência do canal arterial, tetralogia de Fallott. Mixoma atrial, Hipertensão arterial e gravidez. Transplante cardíaco. O impacto da doença cardíaca sobre o paciente e a família e aspectos éticos. Reabilitação do paciente. A prevenção das doenças cardiovasculares e melhoria da qualidade de vida.

### **S5M5- PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA**

Principais manifestações das doenças pulmonares. Exame do tórax por imagem. Diagnóstico das doenças pulmonares. Doenças pulmonares mais freqüentes: pneumonias, doença pulmonar obstrutiva, tuberculose pulmonar, câncer de pulmão,

abscesso pulmonar, bronquiectasia. Conduta diagnóstica no nódulo pulmonar solitário e no derrame pleural. Insuficiência respiratória crônica. Outras condições pulmonares: pneumonites, sarcoidose, fibrose cística, granulomatose de Wegner, pneumoconiose. O impacto da doença pulmonar sobre o paciente. Prevenção das doenças respiratórias e condicionamento físico. Reabilitação pulmonar. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

#### **S5M6- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA**

Morbimortalidade infantil e seus determinantes. Anamnese e exame clínico da criança. Relacionamento médicopaciente- família. Aleitamento materno, recomendações e orientação alimentar, crescimento e desenvolvimento, imunização, saúde oral, atenção ao adolescente. Promoção de uma vida saudável. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Direitos da criança e do adolescente. Atenção básica à criança com necessidades especiais. Ética em pediatria.

#### **S5M7- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: BIOÉTICA E CIDADANIA**

O estudo das implicações éticas de uma ação transdisciplinar em face dos desafios epistemológicos contemporâneos, diante dos novos paradigmas em atenção à saúde. A posição da Bioética como construtora de cidadania. A Bioética como balizadora da legitimidade profissional na área da Saúde. A relação médico-paciente pelo prisma da Bioética.

#### **S5M8- MÓDULOS OPTATIVOS**

### **SEMESTRE 6**

#### **S6M1- NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Características do perfil de morbimortalidade perinatal em diversos países e regiões. Características biopsicossociais do ciclo grávido-puerperal. Assistência pré-natal de baixo e de alto risco. Patologias do ciclo grávidopuerperal. Crescimento e desenvolvimento intra-uterino. Mecanismo e assistência do trabalho de parto normal e distócico. Atenção ao recém-nascido (RN) na sala de parto. Assistência ao puerpério normal e patológico.

Anamnese e exame clínico do RN. Assistência ao RN no alojamento conjunto. Ações básicas de assistência ao RN normal e de alto risco. Infecções perinatais. Manuseio das patologias neonatais de alta prevalência. Síndromes genéticas e malformações congênitas. Relação médico-paciente e família - aspectos éticos.

#### **S6M2- PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA**

Anamnese Pediátrica. Semiologia Pediátrica. Aspectos éticos particulares no atendimento à criança: relação médico-paciente e família. Malformações congênitas. Intersexo. Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento. Doenças prevalentes na infância: insuficiência respiratória aguda, asma, diarreia, desnutrição, doença febril, doenças infecciosas e AIDS. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) e seus componentes: atenção à criança doente de 1 semana a 2 meses de idade; avaliação, classificação e tratamento da criança doente de 2 meses a cinco anos de idade. Conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças crônicas da infância. Abordagem clínica das patologias cirúrgicas na infância; aspectos éticos.

#### **S6M3- GINECOLOGIA**

Propedêutica ginecológica e relação médico paciente. Aspectos éticos em Ginecologia. Fisiologia do ciclo menstrual e seus distúrbios. Puberdade normal e patológica. Doenças

inflamatórias pélvicas e vulvovaginites. Diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer ginecológico. Patologias benignas e malignas da mama. Patologias benignas e malignas da vulva, da vagina, do útero e do ovário. Noções de sexologia. Hormoniologia. Intersexo. Infertilidade. Planejamento familiar. Climatério e tratamento de reposição hormonal. Promoção da saúde da mulher.

#### **S6M4- NEFROLOGIA E UROLOGIA**

Manifestações comuns das doenças nefrológicas e urológicas. Principais formas de apresentação das glomerulopatias. Avaliação do paciente com doença nefrológica ou urológica. Glomerulopatias primárias. Glomerulopatias secundárias. Insuficiência renal aguda. Insuficiência renal crônica. Litíase urinária. Infecção urinária. Doença renal na gravidez. Transplante renal. Hiperplasia prostática benigna. Prostatite. Câncer de próstata. Câncer de rim, de testículo e de pênis. Tumores uroteliais. Urologia feminina. Infertilidade masculina. Disfunção erétil. Bexiga neurogênica. Trauma urogenital. Métodos diagnósticos: laboratoriais, por imagem e endoscópicos. Prevenção das doenças nefrológicas e urológicas. O impacto das doenças nefrológicas e urológicas sobre o paciente. Aspectos éticos em nefrologia e urologia.

#### **S6M5- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA E DA GESTANTE**

Diagnóstico clínico e laboratorial de gravidez e semiótica obstétrica. Acompanhamento pré-natal de baixo risco. Identificação de fatores de risco materno-fetal e triagem para o pré-natal de alto risco. Aspectos éticos na assistência pré-natal, uso de medicamentos e receituário médico. Anamnese e exame clínico do recém-nascido (RN). Ações básicas de assistência ao RN normal. Assistência básica ao puerpério. Manuseio das patologias neonatais de alta prevalência. Ações para promoção do aleitamento materno. Bases da alimentação no primeiro ano de vida. Atenção básica à criança com necessidades especiais. Prevenção e assistência às doenças prevalentes na infância: insuficiência respiratória aguda, asma, diarreia, desnutrição, doenças febris e infecções.

#### **S6M6- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOPATOLOGIA**

Que é Psicopatologia. O normal e o patológico. As funções psíquicas elementares: consciência, atenção, orientação, sensopercepção, memória, afetividade, vontade, psicomotricidade, pensamento, juízo da realidade, linguagem, personalidade e inteligência. As grandes síndromes psiquiátricas: ansiosas, depressivas e maníacas, psicóticas, volitivo-motoras, relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, psicorgânicas e relacionadas ao desenvolvimento da personalidade. A avaliação psiquiátrica. O diagnóstico psiquiátrico.

#### **S6M7- MÓDULOS OPTATIVOS**

### **SEMESTRE 7**

#### **S7M1- DOENÇAS INFECCIOSAS**

Conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças infecciosas prevalentes. Doenças virais: AIDS, citomegalovirose, mononucleose infecciosa, caxumba, hepatites, dengue, poliomielite, raiva, doenças exantemáticas, meningoencefalites. Doenças bacterianas: cólera, coqueluche, difteria, salmoneloses, tuberculose, estreptococcias e estafilococcias,

peste, tétano, meningites e doença meningocócica. Doenças causadas por espiroquetídeos: leptospirose e sífilis. Doenças causadas por fungos: micoses superficiais, cutâneas, subcutâneas, sistêmicas e oportunistas. Doenças causadas por parasitos: malária, doença de Chagas, leishmanioses visceral e tegumentar, toxoplasmose e parasitoses oportunistas. Protozooses intestinais e helmintoses. Prevenção das doenças infecciosas e parasitárias. Relação médico-paciente-família e aspectos éticos.

### **S7M2- DERMATOLOGIA**

Semiologia dermatológica. Dermatoses do âmbito da Dermatologia Sanitária: hanseníase, leishmaniose tegumentar americana, câncer de pele e doenças sexualmente transmissíveis. Dermatoses de etiologia parasitária, bacteriana, fúngica e viral nos seus aspectos clínicos e epidemiológicos. Doenças dermatológicas alérgicas. Doenças profissionais. Diagnóstico histopatológico e microbiológico. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de pele. Relação médico-paciente. O impacto das dermatopatias sobre o paciente.

### **S7M3- HEMATOLOGIA**

Manifestações comuns das doenças hematológicas: anemia, hemorragia, linfadenopatias, dor óssea, massa abdominal palpável. O diagnóstico das doenças hematológicas. Doenças hematológicas comuns: anemia, leucemias, linfomas malignos, síndromes mielodisplásicas. Distúrbios mieloproliferativos não-leucêmicos. Hemostasia e distúrbios hemorrágicos: vasculares e plaquetários. Distúrbios da coagulação. Mieloma e doenças relacionadas. Transplante de medula óssea. Hemoterapia. Doação de sangue. Aspectos éticos e prevenção de doenças. O impacto da doença hematológica sobre o paciente, a família e o médico.

### **S7M4- GERIATRIA**

Conceitos e aspectos epidemiológicos do envelhecimento. Teorias sobre o processo de envelhecimento e alterações fisiológicas. Características do processo saúde-doença nas pessoas idosas. Princípios da prática geriátrica. Aspectos farmacológicos e psicológicos. Interações medicamentosas e risco de iatrogenia. Interpretação de exames complementares. Grandes síndromes geriátricas: distúrbios mentais (depressão - demência - delirium); incontinências (urinária e fecal); quedas. Reabilitação geriátrica. Promoção da Saúde: exercícios na terceira idade; dieta saudável; avaliação periódica de saúde das pessoas idosas. Inserção do idoso na sociedade e em diversos tipos de organizações sociais. O impacto do envelhecimento e a perspectiva da morte. Relação médico-paciente-cuidador. Aspectos éticos em geriatria.

### **S7M5- REUMATOLOGIA**

Abordagem do paciente com queixas reumáticas. Laboratório das doenças reumáticas. Síndromes dolorosas da coluna. Reumatismos de partes moles: bursite, tendinite, fibromialgia, síndromes compressivas. Osteoartrose. Osteoporose. Lupus Eritematoso Sistêmico. Artrite Reumatóide. Esclerose Sistêmica. Dermatopolimiosite. Doença Mista do Tecido Conjuntivo. Espondiloartropatias soronegativas: espondilite anquilosante, artrite reativa, artrite psoriática. Manifestações articulares de doenças intestinais inflamatórias crônicas. Gota. Condrocálcinose. Artrite infecciosa. Artrites Crônicas da Infância. Prevenção das doenças reumáticas e reabilitação dos pacientes. O impacto da doença reumática sobre o paciente e a família. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

### **S7M6- ONCOLOGIA**

Epidemiologia do câncer no mundo. Epidemiologia do câncer no Brasil e no Ceará. Princípios da biologia molecular aplicados à Oncologia. Etiologia do câncer. Prevenção e detecção precoce do câncer. Oncogenes, genes supressores e citogenética do câncer. Classificação dos tumores e aspectos básicos da conduta terapêutica. O impacto da doença sobre o paciente e a família. Aspectos éticos e relação médico-paciente e família.

### **S7M7- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO I**

Atenção primária de saúde objetivando a promoção da saúde, a prevenção e a resolução ou o encaminhamento de condições clínicas prevalentes, exercitando o papel pedagógico do médico e o seu compromisso ético com o paciente, a família e a comunidade. O médico e as dificuldades atuais para o exercício ético da Medicina. A promoção da saúde e a responsabilidade do poder público.

### **S7M8 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: MEDICINA PREVENTIVA**

Principais agravos à saúde de importância em Saúde Pública e sua distribuição no Brasil e no Ceará. Determinantes biológicos e sociais envolvidos na gênese destas patologias e as respectivas medidas de prevenção e controle. Integração com o Sistema Único de Saúde nos programas de controle desenvolvidos pelos serviços oficiais de saúde.

### **S7M9 – MÓDULOS OPTATIVOS**

## **SEMESTRE 8**

### **S8M1- URGÊNCIAS MÉDICAS**

O impacto da emergência e da urgência sobre a equipe médica, o paciente e a família. Aspectos éticos. Prevenção de acidentes. Urgências clínicas: distúrbios psiquiátricos agudos, edema agudo do pulmão, insuficiência circulatória aguda, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória aguda. Distúrbios da consciência. Reanimação cardiopulmonar e cerebral. Urgências pediátricas: clínicas e cirúrgicas. Urgências cirúrgicas: gerais, traumatológica, queimadura, cardiovascular, torácica, abdominal, urológica, proctológica, oftalmológica, otorrinolaringológica. Fundamentos práticos da anestesia, analgesia e sedação.

### **S8M2- OTORRINOLARINGOLOGIA**

Anamnese e semiologia. Doenças infecciosas agudas e crônicas. Deficiências auditivas congênitas e adquiridas. Doenças obstrutivas das vias aéreas superiores. Disfonias e doenças das pregas vocais. Doenças alérgicas. Métodos diagnósticos. Prevenção das doenças otorrinolaringológicas. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

### **S8M3- TRAUMATO-ORTOPEDIA**

Abordagem ao paciente e exame clínico. Lesões fundamentais. Lesões epifisárias na infância e na adolescência. Politraumatismo. Fraturas e luxações. Deformidades congênitas e adquiridas. Lesões de esforço repetitivo. Infecções ósteo-articulares: tuberculose, osteomielite, artrite séptica. Tumores ósseos. Reabilitação; próteses e aparelhos. Diagnóstico por imagem. Prevenção em traumatologia-ortopedia. Impacto do



trauma sobre o paciente e a família. Aspectos práticos e legais do ato médico. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

#### **S8M4- NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA**

Exame neurológico e diagnóstico de localização. Exames complementares: indicações e limitações. Principais síndromes neurológicas. Diagnóstico e conduta inicial nas doenças neurológicas prevalentes. Estados confusionais agudos. Síndrome de hipertensão intracraniana e edema cerebral. Comas. Estado vegetativo persistente. Morte cerebral e suas implicações legais e éticas. Epilepsias e síncope. Distúrbios do sono e dos ritmos circadianos. Cefaléias. Demências e amnésias. Lesões focais do cérebro. Distúrbios do movimento. Síndromes cerebelares e ataxias. Doenças da medula espinhal, das raízes, plexos e nervos periféricos. Doenças dos músculos e da junção neuromuscular. Doença vascular cerebral. Doenças desmielinizantes. Tumores. Lesões traumáticas. Hidrocefalia. Lesões periparto e anomalias do desenvolvimento do sistema nervoso. Reabilitação em Neurologia. Relação médico-paciente e aspectos éticos e legais.

#### **S8M5- PSIQUIATRIA**

Neurobiologia das doenças mentais. Transtornos do humor. Esquizofrenia. Dependências químicas. Transtornos de ansiedade. Transtornos somatoformes. Transtornos de personalidade. O diagnóstico e as classificações psiquiátricas. Utilização de exames laboratoriais e neuroimagem. Manejo clínico e psicofarmacologia dos transtornos mentais. Abordagens psicossociais. Psiquiatria em populações especiais: criança, gestante e idoso. O impacto da doença psiquiátrica sobre o paciente e a família. Saúde mental e cidadania.

#### **S8M6- TERAPIA INTENSIVA**

Princípios e indicações de terapia intensiva. Práticas-padrão no cuidado dos pacientes. Monitorização hemodinâmica. Distúrbios do fluxo circulatório. Lesão miocárdica. Insuficiência respiratória aguda. Ventilação mecânica. Suporte nutricional para o paciente grave. Distúrbios neurológicos. Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base. Conduta nas infecções mais comuns em UTI. A humanização da UTI e a recuperação do paciente. O impacto da terapia intensiva sobre o paciente e familiares. O paciente terminal e os limites da medicina moderna. Morte cerebral. O ato médico em terapia intensiva, os direitos do paciente e dos familiares. Aspectos éticos e legais.

#### **S8M7- OFTALMOLOGIA**

Abordagem ao paciente e exame clínico. Prevenção das doenças oculares e da cegueira. Doenças da córnea, trato uveal, retina e cristalino. Fundo de olho normal. Fundo de olho na hipertensão arterial, na arteriosclerose, no diabetes, na gravidez e nas doenças renais. Doenças das pálpebras e do aparelho lacrimal. Ametropias e correções da refração. Estrabismos. Transplante de córnea. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

#### **S8M8- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO II**

Anamnese e exame ginecológico e relação médico-paciente. Diagnóstico e tratamento das vulvovaginites e doenças inflamatórias pélvicas. Prevenção das doenças



sexualmente transmissíveis. Orientação e conduta no planejamento familiar. Distúrbios menstruais. Prevenção do câncer ginecológico. Diagnóstico do climatério e tratamento de reposição hormonal. Aspectos éticos do atendimento ginecológico. Assistência ao trabalhador: doenças profissionais. A prescrição médica, atestados.

### **S8M9- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA**

Aspectos práticos e legais do exercício da profissão. Responsabilidade, direitos e deveres do médico. Conduta em situações críticas: morte, situações de emergência. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Prescrição de medicamentos, atestados e licenças. Relação médico-paciente: aspectos éticos e direitos dos pacientes crônicos, terminais, com neoplasias. Aspectos éticos e legais nos transplantes. O médico e a saúde pública: doenças de notificação compulsória. A morte e os fenômenos cadavéricos. Legislação. Eutanásia. Problemas médico-legais relativos à identidade, à traumatologia, à tanatologia, à infortunística, à sexologia, ao matrimônio.

### **S8M10- MÓDULOS OPTATIVOS**

#### **SEMESTRES 9 e 10**

#### **INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA**

Abordagem do paciente para formulação do diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial e conduta clínica em Medicina Interna, numa visão integrada de subáreas do conhecimento médico: cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, hematologia, neurologia, dermatologia, psiquiatria e terapia intensiva. Métodos complementares de diagnóstico e sua aplicação clínica: laboratório, radiologia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicina nuclear, eletrocardiografia. Desenvolvimento de habilidades para a realização de exame clínico, adoção de medidas de suporte diagnóstico e terapêutico, atuação nas situações de urgência, formulação de conduta terapêutica e intervenções preventivas visando à promoção da saúde. Grupos Balint de discussão de aspectos éticos. Trabalho em grupo e o cumprimento das normas. Elaboração e organização de prontuários e apresentação de casos clínicos. Utilização da literatura de forma objetiva e crítica. Acompanhamento ético de pacientes em ambulatório e em enfermaria, considerando os aspectos técnicos e psicológicos. Diagnóstico e tratamento das principais urgências e emergências clínicas. Diagnóstico e tratamento dos principais distúrbios psiquiátricos. Principais agentes farmacológicos, sua indicações, contra-indicações e efeitos colaterais. Aspectos práticos e legais do ato médico: prescrição, solicitação de exames, atestados. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

#### **INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

Abordagem do paciente e da comunidade para identificação dos problemas de saúde. Visão dos problemas do ponto de vista individual e coletivo. Assistência à saúde da criança, da gestante do adulto e do idoso no nível primário de atenção. Conhecimento

do SUS. Familiaridade com o sistema de referência e contra-referência. Critérios para encaminhar os casos que extrapolam a resolutividade do serviço. Trabalho em equipe. Visita domiciliar. Acompanhamento de pacientes em domicílio. Aspectos éticos.

## **SEMESTRES 11 e 12**

### **INTERNATO EM CIRURGIA**

Abordagem do paciente cirúrgico: anamnese e exame clínico. Fundamentos da cirurgia e da anestesia. Cuidados pré e pós-operatórios. Assepsia, anti-sepsia, infecção em cirurgia. Hemostasia. Cicatrização. Fisiologia respiratória. Anatomia e vias de acesso cirúrgico nas diversas especialidades. Anestesia geral, regional e seus agentes. Diagnóstico das principais patologias cirúrgicas. Exames complementares pré-operatórios. Acompanhamento de pacientes em enfermarias no pré e pós-operatório. Participação na equipe cirúrgica, no posto de auxiliar. Pequenas cirurgias ambulatoriais sob anestesia local. Revisões bibliográficas sobre os temas da clínica cirúrgica. Conduta em casos de emergência orientando o diagnóstico e a terapêutica cirúrgica. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

### **INTERNATO EM PEDIATRIA**

Características de consulta do pré-natal realizada pelo pediatra. Papel do pediatra na sala de parto. Atendimento ao RN em sala de parto, alojamento conjunto, berçário e banco de leite humano. Atendimento às crianças na idade lactente, pré-escolar, escolar e adolescente no ambulatório e emergência das doenças prevalentes na infância: orientações alimentares, pneumonias, diarreia, otites, doenças febris e exantemáticas, desnutrição, asma, anemia e consulta de retorno. Prevenção de acidentes, saúde oral e imunização. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

### **INTERNATO EM TOCOGINECOLOGIA**

O programa abrange a diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e ecográfico das principais patologias clínicas e cirúrgicas ginecológicas e obstétricas. Noções básicas do relacionamento médico-paciente e ética médica. Conhecimento teórico-prático dos principais diagnósticos diferenciais das dores pélvicas, leucorréias, sangramentos transvaginais e massas ginecológicas. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

## **13. PROGRESSÃO NO CURSO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

A Coordenação do Curso de Medicina organiza os módulos obedecendo à seqüência lógica e sistematizada de conhecimentos e habilidades – **ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA** – que deve ser seguida pelos alunos, observando-se:

### **Matrícula**

- I. A matrícula dos alunos é feita no semestre (e não por módulos), salvo a matrícula de alunos reprovados ou outras situações especiais aceitas pela Coordenação, como ocasionadas por licença-gestante.
- II. A aprovação em todos os módulos do semestre é pré-requisito para a matrícula no semestre seguinte.
- III. O aluno reprovado em um módulo deve repetir o módulo e não progride para o semestre seguinte, salvo se for aceito em matrícula extraordinária.
- IV. A matrícula no Internato só pode ser feita após a integralização dos módulos obrigatórios, que perfazem 4.352 horas e dos módulos optativos, com um mínimo de 240 horas, totalizando 4.592 horas.
- V. No Internato, cujo Regimento deve ser observado, o aluno deve integralizar 4.488 horas, totalizando, no mínimo, 9.080 horas em todo o Curso.

### **Matrícula Extraordinária**

- VI. A matrícula extraordinária pode ser concedida mediante critérios definidos pela Coordenação do Curso, considerando carga horária, a necessidade de atividades presenciais e o pré-requisito do módulo em relação ao semestre seguinte, e, neste caso, o aluno progride para o semestre seguinte e permanece com matrícula extraordinária naquele módulo, devendo submeter-se a todo o processo de avaliação.
- VII. A matrícula extraordinária só pode ser concedida a aluno reprovado por aproveitamento.
- VIII. A matrícula extraordinária só pode ser concedida em um único módulo.
- IX. Se o aluno ficar reprovado no módulo em matrícula extraordinária, repete somente aquele módulo e, neste caso, deve freqüentar o módulo e não se matricula no semestre seguinte.
- X. A matrícula extraordinária é vetada em módulos do oitavo semestre, ou seja, o aluno não pode entrar no Internato, tendo matrícula extraordinária em qualquer módulo.

### **Avaliação de desempenho**

- XI. A avaliação de desempenho do aluno em cada módulo será feita de acordo com os objetivos determinados. Devem ser observadas as seguintes normas:
  - 1. O aluno poderá submeter-se à Avaliação do Módulo, quando tiver uma freqüência igual ou superior a 75%. Quando a freqüência for inferior a 75%, o aluno está reprovado no módulo e no semestre. Excepcionalmente, havendo possibilidade de reposição de atividades, o Colegiado da Coordenação do Curso poderá autorizar a realização das avaliações, após a devida reposição.
  - 2. A Avaliação do Módulo – AM - deve envolver avaliação de conhecimentos, de habilidades e de atitudes.
  - 3. Deve ser feita também uma avaliação formativa no decorrer do módulo, não computada para as notas, que oriente o aluno quanto ao seu desempenho em tempo hábil que possibilite uma correção.
  - 4. A **AM** deve ser composta de todas as disciplinas envolvidas no módulo de maneira proporcional aos conteúdos.
  - 5. Para ser aprovado no módulo, o aluno deve obter média 7,0 e um grau de acerto de 50% das questões de cada disciplina na prova escrita.

6. Se a média do módulo for inferior a 7,0 e igual ou superior a 4,0, o aluno estará obrigado a realizar a Avaliação Final do Módulo – AFM.
7. Se a média do módulo for igual ou superior a 7,0, mas o grau de acerto nas questões de qualquer disciplina for inferior a 50%, o aluno tem obrigação de realizar uma Avaliação Específica de Disciplina – AED.
8. Se a média do módulo for inferior a 4,0, o aluno tem direito a realizar um exame de 2ª época no final do semestre.
9. A **AFM** deve ser composta de todas as disciplinas do módulo e o aluno deve ter média igual ou superior a 5,0 e acertar pelo menos 50% das questões de cada disciplina para ser aprovado.
10. Se a média na AFM for igual ou superior a 5,0, mas o grau de acerto em cada disciplina não alcançar 50% das questões, o aluno tem a obrigação a realizar a AED.
11. Se a Média na AFM for inferior a 5,0, o aluno tem direito a realizar o exame de 2ª época no final do semestre.
12. Na **AED**, para ser aprovado, o aluno deve ter um grau de acerto igual ou superior a 50% das questões de cada disciplina.
13. Se o grau de acerto for inferior a 50% em qualquer disciplina, o aluno tem o direito a realizar o exame de 2ª época.
14. O **exame de 2ª época** só pode ser feito em até um máximo de 2 módulos por semestre.
15. O exame de 2ª época deve envolver todas as disciplinas do módulo e o aluno deve obter média 5,0 e acertar 50% das questões de cada disciplina para ser aprovado.
16. Se, no exame de 2ª época, o aluno obtiver média inferior a 5,0 e acertar menos de 50% das questões de cada disciplina, estará reprovado no módulo.
17. O aluno tem direito a realizar 2ª chamada de qualquer avaliação, desde que solicitada até 3 dias após a 1ª chamada.
18. As AFM e AED devem ser realizadas nos sábados consecutivos ao término dos módulos, após a divulgação das AM.
19. Os exames de 2ª época devem ser realizados até a terceira semana após a conclusão do semestre.
20. É de responsabilidade exclusiva do aluno tomar conhecimento dos locais, datas e horários dos exames, que devem ser divulgados no quadro de avisos dos Departamentos.

## **AValiação DE APROVEITAMENTO**

Frequência no módulo  $\geq 75\%$   $< 75\%$  M  $\geq 7,0$  Disciplinas  $\geq 50\%$   $< 50\%$  4  $< M < 7,0$  M  $\geq 7,0$  Disciplina(s)  $< 50\%$  Avaliação Específica Disciplina(s) – AED  
 Avaliação Final Módulo – AFM M Disciplina(s)  $> 50\%$  M  $< 4,0$  **APROVADO NO MÓDULO**  $\geq 50\%$  Avaliação do módulo - AMM  $\geq 5,0$  Disciplina(s)  $< 50\%$  M  $< 5,0$   
 2º Época do módulo M  $\geq 50\%$  Disc(s)  $\geq 50\%$  M  $< 50\%$  ou Disc(s)  $< 50\%$   
**REPROVADO NO MÓDULO REPETE MÓDULO** Não progride **REPETE MÓDULO** Matrícula extraordinária

## **14. COORDENAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO**

#### **a) Coordenação do Curso de Medicina**

A Coordenação do Curso exerce papel fundamental na implantação e no acompanhamento continuado do currículo, assumindo suas funções estatutárias e regimentais que, ultimamente, vêm sendo desempenhadas com muitas dificuldades. Torna-se indispensável a constituição de um colegiado atuante, com liderança reconhecida, comprometido com a necessidade de mudança e com profunda compreensão do currículo em todos os seus aspectos: didáticos, organizacionais e operacionais. O Colegiado de Graduação deverá ser constituído como previsto pelo Regimento da UFC, sendo necessária uma adequação das unidades curriculares, tendo em vista a progressiva implantação dos módulos interdisciplinares.

#### **b) Coordenação do Internato**

O Internato, por apresentar características peculiares, dispõe de Regimento Interno, aprovado pelo Colegiado do Curso de Graduação e pelo Conselho Departamental. O Colegiado do Internato é composto pelo Coordenador do Curso, por representantes de cada uma das áreas do Internato, dos hospitais conveniados e dos discentes. As normas de funcionamento do Internato constam de seu Regimento Interno: o rodízio nas diversas áreas e sua duração, carga horária, plantões, férias, licenças, afastamento para congressos e concursos.

#### **c) Coordenação dos Módulos**

A organização integrada dos módulos requer a atuação de um Coordenador, escolhido entre os professores daquele módulo, que promova a articulação entre as disciplinas, no planejamento e no desenvolvimento das atividades didáticas, incluindo as avaliações. Os Coordenadores dos módulos de cada semestre devem articular-se, com o objetivo de integrar as atividades do semestre e, ainda, para escolherem um Representante do Semestre. De maneira semelhante, os Coordenadores das disciplinas dos módulos de Desenvolvimento Pessoal e de Atenção Básica em Saúde devem articular-se para o acompanhamento e a integração das atividades e para a escolha dos Representantes dos respectivos módulos. Os Coordenadores devem reunir-se pelo menos uma vez antes do início do semestre, para atividades de planejamento, e uma vez no final do semestre, para avaliação do semestre e elaboração de relatório a ser encaminhado à Coordenação do Curso.

#### **e) Assessoria Pedagógica**

Faz-se necessária a estruturação de uma assessoria pedagógica que oriente os professores na elaboração dos planos de ensino, no acompanhamento e na avaliação dos alunos e das atividades dos módulos. A elevada capacitação técnica do corpo docente não preenche a lacuna da capacitação pedagógica, que deve ser superada por treinamentos e cursos oferecidos aos professores e também por um acompanhamento especializado.

#### **f) Assessoria Psicopedagógica**

É necessário estruturar uma assessoria psicopedagógica que possibilite o acompanhamento do desempenho dos estudantes e a conseqüente detecção precoce de dificuldades para apoio e possíveis adequações. A utilização de métodos pedagógicos

que trabalham com pequenos grupos facilita a detecção dessas dificuldades, que requerem a assistência de profissionais treinados nessa área.

## **15. Avaliação**

A avaliação é um instrumento de fundamental importância, na visão do currículo como um processo dinâmico, em permanente construção. É necessário que se planeje um sistema de avaliação periódico e não esporádico, que utilize instrumentos adequados, objetivando o acompanhamento do projeto pedagógico, dos alunos e dos docentes. É necessário ampliar a concepção de avaliação como ferramenta de transformação e de melhoria, incorporando-se a participação de docentes, discentes, funcionários técnico-administrativos e consultores externos. Com o objetivo de articular o processo de avaliação e de obter os melhores resultados, a Faculdade de Medicina criou o seu Programa de Avaliação Institucional.

Para que o Curso de Medicina cumpra a missão estabelecida, deve-se verificar, continuamente, se os objetivos educacionais estão adequados e se estão sendo alcançados, de modo que possibilite o aperfeiçoamento e o pleno desenvolvimento do seu projeto pedagógico. Para isto, faz-se necessária uma permanente articulação com a comunidade externa à Universidade, especialmente com setores ligados aos serviços de saúde, através do acompanhamento do desempenho dos egressos e sua absorção no mercado de trabalho. A avaliação continuada do processo ensino-aprendizagem é imprescindível para a coerência e o ajuste do projeto pedagógico quanto aos métodos educacionais, conteúdos programáticos, ambientes de aprendizagem e o próprio sistema de avaliação, tendo-se sempre como balizamento o perfil do profissional a ser formado.

A partir de 1994, emvidamos esforços para iniciar um processo de avaliação do Curso de Medicina, com o objetivo de conhecer a opinião dos discentes através de questionário abordando aspectos gerais do Curso: carga horária, integração entre as disciplinas do semestre, organização de cada disciplina, objetivos, programação, provas, infraestrutura e aspectos relacionados ao corpo docente: assiduidade, pontualidade, capacidade didática e outros. Os resultados foram apresentados e discutidos em todos os departamentos integrantes do Curso de Medicina. Pesquisa semelhante foi recentemente realizada em todos os semestres e os dados foram discutidos no I Seminário de Capacitação Docente, em fevereiro de 2000. Estes dados poderão ser comparados a dados obtidos após a implantação do novo currículo. Dando continuidade ao Programa da Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina, foi aplicada enquête para avaliação dos internos sobre o Estágio Supervisionado, os locais de treinamento e as atividades extracurriculares e, ainda, uma autoavaliação do desenvolvimento de habilidades. Os resultados foram apresentados em reuniões que contaram com a presença de professores e internos e poderão ser, também, comparados a informações futuras. Estas pesquisas foram cuidadosamente analisadas pelo corpo docente e utilizadas como instrumento para a melhoria das disciplinas, tendo sido de grande valia na construção do novo currículo.

A avaliação dos alunos deve abranger a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, de acordo com objetivos determinados em cada módulo, considerando-se a parcela que cada etapa tem a contribuir na formação do médico. Faz-se necessária a análise do sistema de avaliação e dos instrumentos utilizados atualmente por cada disciplina, para a comparação com os métodos e os instrumentos que venham a ser utilizados após a implantação do novo currículo e de progressiva capacitação



pedagógica dos docentes. Deve-se também incluir a avaliação formativa dos alunos na prática docente, para proporcionar-lhes um *feedback* da sua atuação em tempo hábil que lhe permita uma adequação aos objetivos propostos, devendo por isso ser executada de acordo com as peculiaridades de cada módulo.

Avaliações de conhecimento dos alunos têm sido realizadas nacionalmente pela SESU/MEC – o Exame Nacional de Cursos, em 1999 e 2000, e pela CINAEM – O Teste de Qualificação Cognitiva, em 1999, e têm motivado reflexões e sensibilizado a comunidade sobre a necessidade de mudanças curriculares. Estes instrumentos devem continuar a ser utilizados e possibilitam análises comparativas.

Encontra-se em fase de planejamento um estudo comparativo, baseado em questionário da OMS, envolvendo a qualidade de vida dos estudantes de nossa Faculdade submetidos ao currículo tradicional, aqueles contemplados com o novo currículo e estudantes de outras áreas.

A partir da implantação do novo currículo será instituído um sistema voluntário de tutoria para acompanhamento dos alunos ao longo do Curso. Serão feitas inscrições de professores e estudantes, para composição de grupos de cinco alunos e um tutor. O sistema de tutoria permitirá também um acompanhamento continuado do processo de ensino-aprendizagem, podendo ainda revelar impacto e receptividade do novo currículo entre os discentes.

A avaliação do corpo docente realizada pela CINAEM, divulgada em 1997, traz dados relevantes quanto à capacitação docente, técnica e pedagógica, à dedicação ao curso, à produção científica, etc. A Avaliação das Condições de Oferta, realizada em 1999, pelo MEC, também registrou dados relacionados ao corpo docente e à estruturafísica disponível. No que se refere aos docentes, o instrumento do MEC precisa ser modificado, para que o desempenho docente seja adequadamente avaliado, nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

É também relevante a avaliação da Instituição quanto à sua estrutura organizacional e gerencial. Para tanto, faz-se necessário conhecer a visão do professor, do técnico e do aluno. O sucesso desse esforço dependerá, certamente, do compromisso da administração superior da UFC em encaminhar as propostas que daí resultarem.

A confiança nos novos caminhos da educação médica, impulsiona as mudanças que ora se fazem absolutamente necessárias, para que a Faculdade de Medicina da UFC possa formar um profissional com o perfil desejado, comprometido com o paradigma de defesa da vida e com a busca de uma sociedade mais sadia e justa.

## **Anexo 9 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**



## RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014<sup>463</sup>

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências

**O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação**, tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea “c”, da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, com fundamento no Parecer CNE/CES nº 116/2014, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no DOU de 6 de junho de 2014, e considerando o estabelecido na Lei de criação do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013,

**RESOLVE:**

### **CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES**

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país.

Art. 2º As DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina.

Parágrafo único. O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

---

<sup>463</sup> Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

*Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.*

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde;

II - Gestão em Saúde; e

III - *Educação em Saúde*.

## **Seção I**

### **Da Atenção à Saúde**

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da *diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética* e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

## **Seção II**

### **Da Gestão em Saúde**

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à *formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde*, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - *Valorização da Vida*, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - *Tomada de Decisões*, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;

VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de

saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o *sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.*

### **Seção III**

#### **Da Educação em Saúde**

Art. 7º Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

I - *aprender a aprender*, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;

II - *aprender com autonomia* e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - *aprender interprofissionalmente*, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

IV - *aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade*, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

V - *comprometer-se com seu processo de formação*, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

VI - *propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis*, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e

VII - *dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele*, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

## **CAPÍTULO II DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA**

Art. 8º Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas

competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

- I - Área de Competência de Atenção à Saúde;
- II - Área de Competência de Gestão em Saúde; e
- III - *Área de Competência de Educação em Saúde.*

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **Seção I**

### **Da Área de Competência Atenção à Saúde**

Art. 9º A Área de Competência Atenção à Saúde estrutura-se em 2 (duas) subáreas:

- I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; e
- II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Art. 10. A Atenção às Necessidades Individuais de Saúde compõe-se de 2 (duas) ações-chave:

- I - Identificação de Necessidades de Saúde; e
- II - Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.

Art. 11. A Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva desdobra-se em 2 (duas) ações-chave:

- I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva; e
- II - Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva.

## **Subseção I**

### **Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde**

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - *Realização da História Clínica:*

- a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
- b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus

cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;

f) *identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;*

g) orientação e organização da anamnese, utilizando *o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;*

h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e

i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

#### II - *Realização do Exame Físico:*

a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;

b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;

c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpitação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e

d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

#### III - *Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:*

a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;

b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;

c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;

d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e

e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

#### IV - *Promoção de Investigação Diagnóstica:*

a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético.

b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;

c) *avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;*



- d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e
- e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

Art. 13. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

*I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:*

- a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;
- c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;
- e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;
- f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;
- g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;
- h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e
- i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

*II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos:*

- a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
- b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
- c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;
- d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável;
- e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

## **Subseção II**

### **Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva**

Art. 14. A ação-chave Investigação de Problemas de Saúde Coletiva comporta o desempenho de Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de *dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores:*



I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;

II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e

III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

Art. 15. A *ação-chave* Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único:

I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;

II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;

III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;

IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados;

V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e

VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

## **Seção II**

### **Da Área de Competência Gestão em Saúde**

Art. 16. A Área de Competência Gestão em Saúde estrutura-se em 2 (duas) ações-chave:

I - Organização do Trabalho em Saúde; e

II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.

#### **Subseção I**

### **Da Organização do Trabalho em Saúde**

Art. 17. A ação-chave Organização do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Identificação do Processo de Trabalho:

a) *identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;*

b) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;

c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;

d) *incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças;*

e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;

f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e

g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.

#### *II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção:*

a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;

b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção;

c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e

d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.

Art. 18. A ação-chave Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

#### *I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde:*

a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;

b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e

c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

#### *II - Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde:*

a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;

b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;

c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação;

d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;

e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e

f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

### **Seção III** **Da Área de Competência de Educação em Saúde**

Art. 19. A Área de Competência de Educação em Saúde estrutura-se em 3 (três) ações-chave:

- I - *Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva;*
- II - *Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento;* e
- III - *Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.*

#### **Subseção I**

##### **Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva**

Art. 20. A ação-chave Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva comporta os seguintes desempenhos:

- I - *estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender* com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e
- II - *identificação das necessidades de aprendizagem próprias*, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

#### **Subseção II**

##### **Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento**

Art. 21. A ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento comporta os seguintes desempenhos:

- I - *postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;*
- II - *escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos*, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;
- III - *orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados*, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde;
- IV - *estímulo à construção coletiva de conhecimento* em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.

#### **Subseção III**

##### **Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos**

Art. 22. A ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos comporta os seguintes desempenhos:

- I - utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;
- II - análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;
- III - identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e
- IV - favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

### CAPÍTULO III

#### DOS CONTEÚDOS CURRICULARES E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:

- I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II - *compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;*
- III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV - *compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;*
- V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
- VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;
- VII - abordagem de *temas transversais no currículo* que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena;
- VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, **em regime de internato**, sob supervisão,

em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.

§ 7º *O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.*

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.

§ 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.

§ 11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.

Art. 25. *O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá*

*criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.*

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art. 27. *O Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.*

Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 28. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;

III - incluir *dimensões ética e humanística*, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando *integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais*;

V - *criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista*;

VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;

IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;



X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Art. 30. *A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.*

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução.

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.

Art. 33. *O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010.*

Art. 34. *O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.*

Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.

Art. 35. Os Cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à *melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população*, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

Art. 36. Fica instituída a **avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina**, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

§ 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para



os exames dos programas de **Residência Médica**, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A determinação do *caput* é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Os **estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução** têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, *e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.*

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, **revogando-se a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001**, e demais disposições em contrário.

**ERASTO FORTES MENDONÇA**  
**Presidente em Exercício**

## **Anexo 9 – Pesquisa OMS junto aos estudantes de medicina**

### **Medical students and family planning**

#### **I General Part**

I.

##### **1. Region \***

Esta pergunta é obrigatória

##### **2. Country \***

Esta pergunta é obrigatória

##### **1. Have you been taught family planning in medical school?**

yes

no

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**4. If yes, in which classes did you have a chance to learn about family planning? \***  
(more than one answer possible)

Obstetrics and gynaecology

Family Planning

Internal Medicine

N/A

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**5. Which contraceptive method are you familiar with? \***

male condoms

female condoms

OCP (Oral Contraceptive Pill)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

withdrawal

none

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

## 6. Which methods are considered Long Acting Reversible Contraceptives (LARCs)

? \*

male condoms

female condoms

OCP (Oral Contraceptive Pill)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

withdrawal

I don't know

none

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**7. Which methods would you be most comfortable recommending? \***  
**(choose top 3)**

male condoms

female condoms

OCP (Oral Contraceptive Pill)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

withdrawal

none

I don't know

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**8. Which methods would you be least comfortable recommending? \***  
**(choose top 3)**

male condoms

female condoms

OCP (Oral Contraceptive Pill)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

withdrawal

none

I don't know

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**9. Are you aware of emergency contraception? \***

yes

no

I don't know

Esta pergunta é obrigatória

**10. Would you be comfortable recommending Emergency Contraception (EC)? \***

yes

no

I don't know

Esta pergunta é obrigatória

**11. In which cases would you recommend Emergency Contraception (EC)? \***

when no contraceptives have been used

In cases of rape or coerced sex when the woman was not protected by an effective contraceptive method

to terminate existing pregnancy

condom slippage, breakage

forgetting to take oral contraceptive pills continuously and consistently

other contraceptive failure or incorrect use

Outro:



Esta pergunta é obrigatória

**12. Which of the following Fertility Awareness Based Methods (FABMs) are you aware of? \***

Standard Days Method (SDM), cycle beads

two days methods

symptothermal method

Billings method

calendar method

none

Esta pergunta é obrigatória

**13. Which of the following Fertility Awareness Based Methods (FABMs) do you think are most effective? (choose two) \***

Standard Days Method (SDM), cycle beads

two days methods

symptothermal method

Billings method

calendar method

none

Esta pergunta é obrigatória

**14. Do you know which contraceptive methods are available in your country? \***

male condoms

female condoms

OCP (oral contraception pills)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

none

I don't know

Esta pergunta é obrigatória

**15. Do you know which contraceptive methods are available in your country for free? \***

male condoms

female condoms

OCP (Oral Contraceptive Pill)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

none

I don't know

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**16. What are the most important barriers that prevent people from access to contraception? \***

legal barriers

policy barriers

healthcare providers

sociocultural norms

religious norms

financial barriers

lack of comprehensive sexuality education

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**17. What are most important barriers that prevent YOUNG people from access to contraception? \***

legal barriers

policy barriers

healthcare providers

sociocultural norms

religious norms

financial barriers

lack of comprehensive sexuality education

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**18. What kind of barriers do you see in your country? \***

(max 100 words)

Esta pergunta é obrigatória

**19. What would you base your decision on recommendation certain contraceptive method? \***

price of the method

client's preference

religious leaders recommendations

medical associations recommendations

side effects seen from the client perspective

side effects seen from the provider's perspective

side effects from the community perspective, stereotypes

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

**20. In your clinical experience what are the methods that are recommended most frequently?**

(choose up to 5)

male condoms

female condoms

OCP (Oral Contraceptive Pill)

spermicides

intrauterine device (IUD)

Lactational Amenorrhea method

progestin-only injectables (injections)

Fertility Awareness Based method

female sterilisation (tubal ligation)

male sterilisation (vasectomy)

contraceptive implants

contraceptive ring

diaphragm

sponge

withdrawal

none

Outro:

Esta pergunta é obrigatória

---