

---

ARTIGO ORIGINAL

---

## *Percepções de professores da primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina sobre o novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina*

Rubia Maria Albino<sup>1</sup>, Renata G. C. Tomazzoni<sup>1</sup>, Norma Cursino Rodrigues<sup>1</sup>, Gilka Antunes da Silva<sup>1</sup>,  
Viviane Riggenschach<sup>1</sup>, Suely Grosseman<sup>2</sup>, Carlos Alberto Justo e Silva<sup>2</sup>

### Resumo

As discussões visando a mudança curricular na Universidade Federal de Santa Catarina resultaram na elaboração de um projeto cuja implantação foi iniciada no primeiro semestre de 2003. O objetivo deste trabalho foi conhecer as percepções de professores que participam da primeira e segunda fase do novo currículo do curso de medicina, sobre o processo de mudança curricular. Método: Pesquisa qualitativa, tipo estudo de casos, com a técnica de entrevista semi-estruturada. Do universo de quarenta e sete professores foram sorteados dez. A análise de conteúdo foi realizada pela técnica de Análise-Reflexão-Síntese. Resultados: Entre as vantagens do novo currículo, foram citadas: estímulo à busca de conhecimento pelo professor e aluno, caráter globalizante, maior compromisso social, ênfase em valores ético-humanísticos e integração básico/profissionalizante e entre os professores. Entre as limitações foram apontadas: barreiras administrativas, econômicas e políticas da universidade pública, falta de infra-estrutura física (salas e equipamentos), despreparo dos professores para novas abordagens pedagógicas, sobrecarga de trabalho e resistência de professores às mudanças. Conclusões: Apesar dos professores perceberem vantagens no novo currículo, há necessidade de maior comprometimento da instituição, engajamento dos professores em cursos de aprimoramento didático-pedagógico e envolvimento de todos os professores do curso de medicina nesse processo, fatores esses importantes para alicerçar a implantação do projeto de mudança.

**Descritores:** 1. Diretrizes curriculares;  
2. Currículo médico; Educação médica.

### Introdução

Nos últimos dez anos, no Brasil, o ensino médico tem sido amplamente discutido, visando a sua avaliação, identificação das condições em que ocorre, em busca da sua promoção. A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Ensino Médico (CINAEM), surgiu como agente organizador e provocador das discussões e as estratégias implantadas vêm sendo avaliadas durante os congressos anuais da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).<sup>1</sup>

Um dos frutos deste processo foi a mudança nas Diretrizes Curriculares do curso de medicina, aprovada em 2001. As diretrizes curriculares definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, no que tange a organização, desenvolvimento e avaliação das propostas pedagógicas.<sup>2</sup> Os objetivos dessas novas diretrizes são: “levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidade”.<sup>3</sup>

As propostas para a transformação do currículo são profundas. O grande desafio atual é, além da implantação do novo modelo, transformar também os envolvidos na dinâmica de ensino-aprendizagem, único caminho para que os objetivos sejam atingidos dentro do processo. Alguns opinam que a grande aposta deve ser na educação permanente e na capacitação dos docentes.<sup>4</sup>

---

1- Mestrandas do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC<sup>1</sup>

2- Professores Doutores do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC<sup>2</sup>

A necessidade de formação educacional permanente dos docentes é hoje reconhecida não só nos programas inovadores, mas também nos tradicionais. Esta necessidade é ainda maior quando se preconiza a integração como modelo educacional, especialmente no início de sua implantação, onde a resistência decorre da compreensão inadequada por parte dos docentes e alunos, bem como de barreiras impostas por interesses corporativos, ideológicos e políticos.<sup>5,4</sup>

Breve histórico até os dias atuais

O ensino médico, até o início do século XX, não era normatizado. No final do século XIX, a situação das escolas médicas nos Estados Unidos da América era caótica. Existiam cerca de 150 escolas que eram abertas sem qualquer discernimento, vinculadas ou não às instituições universitárias, com critérios de admissão e tempo de graduação variáveis e sem preocupação com a fundamentação científica.<sup>6</sup>

Em 1910, a convite do governo americano, Flexner fez um estudo sobre a organização das escolas médicas, que ficou conhecido como Relatório Flexner (“Medical Education in the United States and Canada – a Report to the Carnigie Foundation for the Advancement of Teaching”), a partir do qual, muitas das escolas que não podiam cumprir a nova proposta para o ensino foram fechadas.

A partir da década de 50, após o término da Segunda Guerra Mundial e as conseqüentes mudanças de dependências econômica e cultural da América Latina em relação aos Estados Unidos, as recomendações daquele Relatório passaram a ser integralmente aplicadas no Brasil<sup>6</sup> e o são até hoje, ou pelo menos até o início da atual reforma do ensino médico. Até então, as influências vinham da França e da Alemanha. Foi Flexner quem propôs o ensino em dois grandes blocos, chamando-os de laboratorial e hospitalar (ciclos básico e clínico).

A postura epistemológica de Flexner foi, para a época, inovadora e não podemos negar os seus méritos, num momento em que a medicina acabara de transitar da magia e da teologia para a ciência. No entanto, quase um novo século teria que transcorrer para que percebêssemos que o seu modelo necessitava ser revisto dentro de um novo olhar científico que passasse a valorizar também as relações humanas e sociais dentro do ensino médico. O “cientificismo tecnológico” - onde os equipamentos e a fragmentação do ser em especialidades predominam - trouxe grandes avanços à saúde, mas também prejuízos ao difundir a idéia equivocada de que pouca reflexão é necessária à prática médica, que medicina é ciência sem arte associada.

Nos últimos 40 anos, o ensino médico tem sido motivo de preocupação. No Brasil, dados levantados pela CINAEM, na década de 90, confirmaram que a maioria dos cursos eram divididos em ciclos básico, clínico, pré-clínico e internato; com ensino departamental, pouca integração de conhecimento e centrado na doença; privilegiando os conhecimentos técnicos do aluno, em detrimento das habilidades e da relação com o paciente; com baixa titulação dos docentes; com pouca pesquisa; com especialização precoce do aluno e utilização acrítica da tecnologia e da prática neoliberal<sup>1</sup>.

A partir daí, um novo conceito começou a ser perseguido no processo educacional universitário e a base deste, certamente, foi que a Universidade deve responder às demandas da sociedade, e não as suas próprias conveniências, o que a tornaria supérflua e dispensável. Em qualquer área, o requisito fundamental passou a ser a formação de recursos humanos com perfil adequado às necessidades sociais, utilizando-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem que propiciassem ao educando a capacidade de aprender a aprender, de tomar decisões em cenários difíceis, trabalhar em equipe multiprofissional, comunicar-se, ter agilidade diante das situações e apresentar capacidade propositiva<sup>7</sup>.

Na saúde, nunca esteve tão evidente que o profissional tradicionalmente formado nas nossas escolas médicas não tem perfil adequado para atender às necessidades do novo modelo organizacional do setor, especialmente se levarmos em conta o Programa de Saúde da Família. Num primeiro momento, a implantação desse Programa trouxe aos menos informados, em todos os níveis e na própria população, a certeza de que necessitamos de mais médicos especialistas, em vista da grande demanda reprimida de consultas especializadas solicitadas pela rede de assistência básica. Mas, na verdade, o que o setor saúde necessita urgentemente é de profissionais formados que sejam capazes de responder a todas as necessidades do sistema, as da saúde da família e outras. Paralelo a isso, não apenas no setor público, mas também no privado, busca-se reorganizar a atenção, visando superar o modelo hospitalocêntrico e o consumo abusivo de tecnologia, o que ajuda a criar um contexto favorável às mudanças<sup>7</sup>.

Dessa forma, num momento posterior e em função dos novos objetivos propostos, as análises centraram-se na formação do docente de medicina, vista como fator limitante à mudança e à melhoria na qualidade do ensino.<sup>8</sup> O que se tem constatado, na prática, é que bons

médicos, do ponto de vista técnico, não são, necessariamente, bons professores. De uma forma geral, não há formação pedagógico/didática dos professores universitários. Aliado a esse fato, devemos considerar que os próprios professores das escolas médicas atuais também foram formados dentro do contexto vigente, fazendo com que se limitem a disseminar os seus próprios conceitos.

A antiga assertiva professoral: “a minha função é ensinar... a de vocês aprender”, deve ser substituída pela interação entre o educador e o educando, numa troca contínua que possibilite a ambos o aprimoramento contínuo dos seus conhecimentos.

### Método

O presente estudo foi realizado através de pesquisa qualitativa, tipo estudo de casos, com a técnica de entrevista semi-estruturada. Foram elaboradas seis perguntas básicas a serem aplicadas aos entrevistados:

- (1) O que você acha do modelo de educação médica tradicional?
- (2) Como era ser professor nesse modelo tradicional?
- (3) O que você acha dessa nova proposta curricular?
- (4) Como é ser professor nessa nova proposta?
- (5) Como você entrou nesse processo de mudança curricular?
- (6) Como você está se sentindo nesse processo?

Do universo de quarenta e sete professores envolvidos na primeira e segunda fase do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, foram sorteados dez professores. Quatro dos professores sorteados não aceitaram participar da pesquisa, tendo sido sorteados outros quatro para completar dez. A análise de conteúdo foi realizada pela técnica Análise-Reflexão-Síntese preconizada por Patrício<sup>9</sup>.

### Vivenciando o processo de transformação

Os professores da primeira e segunda fase do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina entrevistados relataram que se envolveram no processo de mudança curricular por designação do chefe de seu departamento ou por interação com outros professores. Alguns já haviam participado de outras tentativas de reestruturação curricular e outros citaram uma preocupação maior com a função de professor do que com a mudança do currículo.

Fala-se em mudança curricular há muitos anos (...). Isto acabou acontecendo muito mais vindo de professores, por

exemplo, o professor X, a professora Y ... a gente foi somando o que um professor dizia sobre essa reforma ...

Olha,... eu estava muito mais envolvida com a minha função de professor do que com o modelo de ensino, muito mais envolvida com melhorar o meu trabalho, do que com o modelo, propriamente dito.

Em relação ao currículo tradicional, os professores apontaram desde a facilidade de ser professor no antigo modelo, até a sua eficiência em preparar o estudante para os aspectos científicos da medicina, ou mesmo para a prova de residência médica.

É fácil ser professor no modelo antigo...

Era tranquilo, bom.

Uma das vantagens dele é que o aluno saía, do ponto de vista técnico, acredito que, muito bem embasado. Apesar de ele ser centrado no modelo biologicista, tinha essa vantagem. Evidentemente que faltavam muitas outras coisas, eles não saíam preparados para enfrentar a realidade médica do nosso país.

O ponto positivo deste modelo é que ele favorece o preparo técnico para residência médica, que é o objetivo principal.

Outros, ainda, manifestam a sua preocupação com o fato de que não basta mudar o modelo, mas sim as pessoas envolvidas nele, sob o risco de a mudança não trazer os resultados esperados.

Não basta só mudar o modelo, as pessoas têm que estar engajadas no processo de mudança, elas têm que querer e têm que se preparar para que isso possa acontecer, senão no papel fica uma coisa e na prática se continua fazendo a mesma coisa.

Quanto às características da estrutura do currículo anterior, os profissionais apontaram o que consideram algumas de suas limitações: pouca flexibilidade para mudanças no conteúdo; fragmentação; falta de integração entre curso básico e profissionalizante e entre teoria e prática; carga teórica excessiva; conteúdo predominantemente técnico-científico, com foco na especialização; inserção tardia do aluno na prática médica e falta da relação humanístico-social, impossibilitando a transmissão de valores. Houve, ainda, quem o considerasse completamente ultrapassado.

(...) O modelo tem que ser aperfeiçoado, ele não é bom, porque ele é muito estanque em compartimentos, em pedacinhos, mas depois não consegue retomar o todo (...) ele não conseguiu absorver as mudanças que eram propostas, ele era resistente às mudanças.

Ele não contemplava as técnicas de aprendizagem no nível afetivo, comportamental...

Não existia oportunidade de transmissão de valores. (...) O modelo tradicional no Brasil (...) ele é completamente caduco.

Os entrevistados observaram que, no currículo antigo, talvez pela divisão em departamentos, ocorria distância na relação entre os professores, e entre o aluno e o professor, de forma hierárquica.

Departamentos distintos, com regras próprias (...).

(...) Você ficava desconectado com o resto das disciplinas... Você não encontrava com outros professores para discutir. Essa para mim é a grande diferença. Agora a gente discute, eu sei o que está ocorrendo nas outras disciplinas. Ser professor no modelo tradicional é ser professor que tinha um só horizonte que é o seu próprio.

Acho que era uma forma individualista, acho que era uma forma presunçosa, acho que era uma forma em que se não queria participar realmente, então criando o seu curral e com aquilo se ter alguma forma de poder, alguma forma de dimensionamento junto às outras pessoas.

A reforma curricular tem sido percebida pelos professores de diversas formas. Alguns a consideram tranquila, desafiante e motivante, ou mesmo como uma oportunidade de adquirir novos conhecimentos.

Experiência ótima. Os alunos estão mais próximos da realidade.

Para mim é um grande desafio e eu gosto de desafios.

Antes eu estava morto, só esperava a aposentadoria, agora não, estou cheio de tesão, cheio de vida.

Na realidade nós nos tornamos professores por acaso. Nós somos médicos que, de repente, foram colocados dentro de uma sala de aulas; nós não sabíamos nem o que era pedagogia. Então eu acho que essa é uma nova realidade: o novo currículo está me abrindo essa oportunidade que é muito interessante, é um desafio (...) Foi importante para mim fazer esse curso de formação pedagógica.

A percepção como algo difícil, complicado ou que, no início, provocou medo e insegurança, também foi relatado.

... Ser professor nessa nova proposta, nesse momento, é difícil, porque é um momento de transição.

... Fiquei pensando: como é que eu vou encarar isso?

... Não entendo nada dessa p... fiquei sem dormir direito durante quinze dias, só pensando no assunto.

Tudo o que é novo causa medo.

Um dos entrevistados refletiu sobre a importância da ideologia dos professores de uma universidade federal, que devem lutar para formar profissionais que possam

melhorar o país.

A gente entra na universidade federal com esse espírito de fazer pelo país... A universidade federal para mim é um ponto estratégico de resistência da nação... O processo de mudança curricular é parte dessa militância. Você está lutando para formar profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos que possam pensar melhor e fazer um país melhor.

A estrutura do currículo novo foi descrita como: modular, centrada nas necessidades do Sistema Único de Saúde, com integração dos conteúdos, de complexidade crescente, com visão do todo, contemplando as dimensões humanístico-antropológica e sócio-cultural, tendendo à interdisciplinaridade e inserindo o aluno precocemente em diversos cenários de prática.

É um curso centrado no SUS. O SUS é fantástico (...) só que precisa cruzar excelência e equidade.

... Que seria a formação de um médico para as necessidades do SUS.

Eu saí de uma disciplina onde dois mais dois são quatro, para ir para um desenvolvimento humanista do médico (...) Tudo isso com um sentido de se respeitar a antropologia, a cultura, o ser humano que está na tua frente.

É uma proposta de construir o modelo de currículo para formar o médico de acordo com a nossa necessidade, com a realidade nacional.

Dentro dessa visão construtivista, dessa visão mais holística, vamos dizer assim, o modelo mais centrado no social, no humanístico, é extremamente importante para o médico...

Entre as vantagens percebidas no novo currículo, alguns entrevistados apontam melhora na relação professor/professor e professor/aluno, porque além dos professores interagirem continuamente para discutir os conteúdos e estratégias curriculares, a abordagem pedagógica é mais centrada no aluno, sendo o professor um facilitador da construção de conhecimentos pelo aluno, estimulando sua criatividade e auto-aprendizado.

“O conhecimento não centrado no professor estimula o aluno a pensar”.

O professor, nesse sistema, passa a ser um facilitador, criando condições para o aluno ir buscar conhecimento.

Os professores estão se conhecendo, se discutindo, pensando uma forma diferente de ensino, de pedagogia.

Outros citaram sua tendência para uma maior integração entre os professores do curso básico e profissionalizante, a possibilidade de ensino e aprendizagem no nível comportamental e afetivo, visando a transmissão

de valores e a formação de médicos generalistas em vez de especialistas.

Você não é dono de uma disciplina, tem que ver o que realmente é importante.

(...) Eu acho que essa coisa de união que está ocorrendo com a gente, com a história da medicina, com a antropologia, quer dizer, toda essa parte humanística (...) está vindo de uma forma sensacional.

(...) A proposta tem capacidade de formar um médico generalista e possibilita a você se especializar.

Esta última fala, relacionada à capacidade do novo modelo em formar médicos generalistas, foi questionada por um dos professores.

... Eu tenho dúvidas (...) enquanto quem faz medicina interna não tiver as oportunidades de trabalho e ser muito bem remunerado, incentivado, isto vai continuar: a medicina interna não sendo vista como uma profissão padrão (...). É a história do clínico (...) eu saio a pé para uma boca de metrô e o cirurgião plástico sai com um mercedes blindado. Isso é, também, um chamariz... Nós não podemos negar isso aí, é muito forte o apelo econômico.

Apesar das vantagens observadas, os professores apontaram várias limitações vivenciadas no cotidiano da implantação do novo currículo que precisam ser ultrapassadas para o sucesso do projeto. Entre elas: a estrutura universitária que tem enfrentado restrições econômicas e depende da política do país, cuja parte administrativa é pouco flexível, não contemplando, em seu regimento, aspectos da nova estrutura curricular; e a falta de infraestrutura, que inclui a falta de equipamentos e de salas de aulas, pois o novo currículo pressupõe menor número de alunos por professor, implicando em necessidade de mais salas.

Nós temos que chutar e cabecear ao mesmo tempo. Tem que ajudar a criar a estrutura, lutar contra ela para modificá-la e implantar o processo dentro de uma estrutura que nós temos que criar.

Você não tem uma estrutura administrativa que favoreça a proposta... A estrutura política da universidade não é muito boa nesse sentido, porque você tem um esquema de gestão que se volta muito para o clientelismo, mesmo... E você tem uma estrutura econômica que também é ruim na Universidade. Você tem uma série de barreiras dentro da universidade que são contrárias à implantação do currículo, uma estrutura administrativa, econômica e política.

As escolas que assumiram esse ônus não têm como aplicar direito, porque elas não têm infraestrutura básica para isso.

Mesmo com recursos há uma dificuldade na utilização dos recursos.

Além das dificuldades referidas acima, um dos professores observou sua preocupação com o possível distanciamento do ensino técnico-científico no novo modelo curricular.

Não é só tu estares ligado ao lado social, humanístico, tem que ter a parte científica também (...). O ideal é que essas coisas se entrelacem ... eu torço para que isso aconteça. O meu medo é que essa parte possa ser perdida, o aspecto técnico de formação do médico. Essa é a minha maior preocupação.

Ao seu ver, o resultado dessa proposta curricular, só poderá ser avaliado ao final dos próximos cinco anos, quando a primeira turma estará sendo formada.

Aliados a esses fatores, também houve referência à falta de estrutura da rede de assistência básica para absorver esse novo profissional a ser formado com base no novo currículo, aceitando-se o fato de que o Plano de Saúde da Família não pôde ser implantado de forma eficiente não apenas pela falta de profissionais preparados para exercer o papel de médico da família, mas sim e também, porque a rede básica não tem estrutura adequada que possibilite resolver os problemas de saúde/doença dos cidadãos de cada comunidade, especialmente referida na falta de acesso aos exames complementares necessários.

... O médico não foi formado para trabalhar nesse posto (de saúde), mas não é só isso, o sistema também não está preparado para receber esse médico. A minha preocupação é que se o médico estiver preparado, mas o sistema não estiver preparado para recebê-lo, ele vai ficar muito frustrado.

### **Refletindo sobre o processo de mudança**

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está contido na nossa Constituição Federal de 1988 e indica os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado no debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciada na década de setenta e expressa no resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.

O modelo hegemônico provou-se insuficiente e ineficaz para a melhoria da assistência à saúde da população, buscando-se, em função disso, propostas alternativas que compõem os princípios do SUS. No entanto, redirecionar o modo de fazer saúde no Brasil, talvez seja um dos maiores desafios atuais.

A cada momento histórico, em função do diagnóstico

de saúde da população, da forma de organização do trabalho, da produção do saber e do desenvolvimento de tecnologias, torna-se evidente a necessidade de redefinir o perfil do profissional a ser formado, para atender as exigências dos serviços de saúde.<sup>10</sup> Acontece que a formação dos profissionais de saúde, no momento, está inadequada e, por isso, tornou-se um forte obstáculo à reorientação do modelo assistencial.

Há mais de uma década existe a tentativa de reformulação do currículo nas escolas médicas, buscando-se adequar o modelo às necessidades do país. Talvez, essa necessidade tenha se tornado mais explícita, quando da implantação do modelo de assistência intitulado Programa de Saúde da Família.

Instigados pelos movimentos de mudança na formação, o Conselho Nacional de Saúde, o CONASEMS e o Ministério da Saúde, posicionaram-se de forma clara em relação ao perfil do profissional necessário ao sistema de saúde.<sup>8</sup> E as novas diretrizes curriculares nasceram dessa interação entre as necessidades do SUS e o que se buscava no novo modelo de formação para o profissional médico.

No presente estudo, todos os professores relatam que o primeiro contato com a proposta de mudança curricular foi através de chefes de departamento ou de colegas, apesar do amplo debate que tem sido publicado nas revistas de ensino médico do Brasil e do exterior na última década. Isto nos faz perceber que temos médicos professores e não professores médicos, onde a preocupação de atualização é exaustiva e quase que exclusivamente dedicada aos aspectos assistenciais e não pedagógicos.

Nesta pesquisa, pelos depoimentos dos professores observamos que, no momento, estes são conscientes das limitações do currículo tradicional e estão receptivos à filosofia do novo currículo, porém, as limitações provenientes da própria instituição e do despreparo pedagógico para lidar com a nova proposta têm precipitado conflitos naqueles que estão engajados na mudança, prejudicando o cotidiano da reforma curricular. Estes aspectos relacionados ao despreparo para o exercício do magistério são referidos em outros estudos e a formação do docente de medicina tem sido apontada como fator limitante à mudança e à melhoria da qualidade do ensino, sendo considerada o grande desafio nos aspectos que envolvem a transformação dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.<sup>4, 5, 8, 11, 13</sup>

Em muitas instituições, como referido também nesta pesquisa, não existem os recursos necessários para um aprendizado satisfatório e, quando eles existem, são frequentemente sub-utilizados.<sup>11,12</sup>

A autoridade exercida pelo professor no modelo tradicional, mesmo sendo uma autoridade racional, segundo Fromm<sup>14</sup>, onde os interesses de professor e aluno têm direções coincidentes, mantém as características da filosofia autoritária, onde o conceito de igualdade não existe, dividindo as pessoas em seres superiores e inferiores, atribuindo aos primeiros a total responsabilidade pela geração do conhecimento e aos segundos a obrigação de incorporá-los sem questioná-los.

O novo modelo educacional propõe, além da interação entre as disciplinas, o construtivismo como técnica de ensino-aprendizagem, onde dar aulas precisa ser substituído pelo fazer aulas<sup>15</sup>, distribuindo a responsabilidade pela construção do conhecimento entre docente e discente, ao mesmo tempo em que atribui ao primeiro o papel de facilitador do processo.

Os professores entrevistados citaram várias vantagens no novo modelo curricular, especialmente destacando a integração das disciplinas e dos conteúdos, buscando satisfazer as necessidades do SUS, destacando as visões humanístico-antropológica e sócio-cultural, centrando a atenção no aluno e estimulando a sua criatividade. Parece-nos que a função do professor como um facilitador do aprendizado, propiciando a construção do conhecimento, e não mais um ditador de regras e saberes, foi incorporado no discurso de professores.

A preocupação expressa sobre a dificuldade em criar-se um novo modelo médico, estimulando a formação de médicos generalistas em lugar dos especialistas, argumentando o apelo econômico exercido sobre um e outro, faz emergir algumas reflexões. A relação entre os seres humanos tornou-se permeada pelas suas relações com as coisas, de forma que o sucesso e a auto-estima tornam-se dependentes delas, encorajando os seus egos para a posse de propriedades – “quanto mais ele se sente como sendo alguém, tanto mais precisa ter posses, sob o risco de não ser considerado uma pessoa plenamente desenvolvida, por si e pelos outros”.<sup>14</sup> Mesmo nos dias atuais, quando se propaga a idéia de que não é mais da posse de bens materiais que o poder advém, mas sim da detenção do conhecimento, na prática, a expressão do segundo persiste sendo interpretada tomando-se como referência o primeiro, até porque o saber tem sido usado como arma de poder.

A preocupação com a possibilidade de, com o novo modelo, o aspecto técnico/científico ser preterido em função de aspectos sociais e humanísticos, e a formação acadêmica ser prejudicada em função disso, não deve ser esquecida,

pois, de certa forma, é uma das causas da resistência às mudanças. Também é certo que o resultado final dessa proposta curricular só poderá ser avaliado ao final dos próximos cinco anos, quando a primeira turma estará sendo formada.

Existe, ainda, uma grande preocupação com o sistema que não está preparado para receber este novo médico. Em nossa opinião é uma observação bastante procedente, porque a rede hierarquizada e descentralizada do SUS ainda não está tão próxima da realidade e, absolutamente, não depende só do profissional médico para funcionar adequadamente. De qualquer maneira, é através do médico e dos seus conhecimentos insubstituíveis, já que é o profissional da saúde com formação mais abrangente, que a nova rede pode ser implantada e aperfeiçoada.

Como todo processo, que pode ter um início, mas nunca um fim, este está apenas começando e, certamente, deverá ser aprimorado e melhor entendido ao longo do tempo. A maioria dos novos conceitos, que hoje denotam ser discursos aprendidos a partir de leituras, experiências de outras escolas ou conversas com outros professores só poderá ser incorporada, de fato, ao dia a dia da nossa universidade federal, quando tempo suficiente tiver decorrido da sua implantação, a ponto de a essência do seu significado ter sido melhor compreendida, possibilitando, então, uma avaliação consistente.

Qualquer projeto coletivo pressupõe uma transformação individual, por isso é necessário investir em processos pedagógicos que promovam a reflexão com foco nos objetivos comuns.<sup>16</sup> Assim, diante da receptividade de professores entrevistados, em relação à implantação do novo currículo na escola médica, o fundamental, a partir deste momento, é buscar mecanismos que possibilitem melhor compreensão em relação aos novos procedimentos educacionais propostos, através de educação pedagógica continuada, aliada à oferta de melhores ferramentas de trabalho e apoio institucional.

## Referências

1. Briani, MC. O Ensino Médico no Brasil Está Mudando? Rev Bras Ed Med 2001; 25 (3):73-77.
2. Piccini RX; Santos RC e Facchini LA. Diretrizes Curriculares e o Projeto CINAEM.
3. Maranhão EA; Macedo AR e Okida Y. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer número CNE/CES 1.133/2001; aprovado em 07/08/2001.
4. Campos JJB e Komatsu R. Novos Currículos de Medicina na FAMEMA e na UEL: uma construção per-

manente rumo à realidade presente e futura. Olho Mágico 2001 8(2):8-10.

5. Venturelli J; Fiorini VML. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: Capacitação Docente. Rev Bras Ed Med 2001 25 (3):7-21.
6. Da Ross, MA. Estilos de Pensamento em Saúde Pública: Um Estudo da Produção da FSP – USP ENSP – Fiocruz, entre 1948 e 1994, a Partir da Epistemologia de Ludwig Fleck. P 82; 2000.
7. O Movimento de Mudança da Formação de Profissionais de Saúde no Brasil [apresentação]. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro 2000 (22):4-7.
8. Feuerwerker LCM. Impulsionando o Movimento de Mudanças na Formação dos Profissionais de Saúde. Olho Mágico 2001 8(2):4-6.
9. Patrício ZM, Casagrande JL. A Busca de Satisfação no Processo e no Produto Viver: a qualidade de vida do trabalhador na complexidade das interações do cotidiano. In: Patrício ZM, Casagrande JL, Araujo MF, orgs. Qualidade de Vida do Trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis, Ed. Do autor, 1999.
10. Marins JJN. A Formação Médica e o Processo de Trabalho – Convite à Construção de Novas Propostas. Rev Bras Ed Med, 1(27):3-4; 2003.
11. Carvalhal GF, Kluwe LHS e Pereira J. O Professor Universitário e a Medicina: Aspectos do Contexto Contemporâneo. R Med PECCRS; 1(8):13-16; 1998.
12. Ramos Jr J. Os Erros e as Incongruências do Ensino Médico no Brasil. Acta Oncol 1(12):35-45; 1992.
13. Koifmann L. A Reformulação Curricular do Curso de Medicina da Universidade de Buenos Aires (1986-2002). Rev Bras Ed Med 1(27):36-54; 2003.
14. Fromm E. O Medo à Liberdade, 8ª Ed, Zahar Ed, Rio de Janeiro, pp 102-103, 135-141; 1972.
15. Anastasiou LGC e Alves LP. Processos de Ensino na Universidade. Editora Univille, Joinville; p 14; 2003.
16. Grosseman S e Patrício ZM. O Cuidado Humano na Formação Médica: Subsídios para a Promoção da Interação Médico-Paciente. Florianópolis; 2003. No prelo.

## Rubia Maria Albino

**Endereço completo:** Avenida Rubens de Arruda Ramos, 1650, apto 503, Centro, CEP 88015700, Florianópolis, SC  
 Titulação: Médica Clínica Geral, Mestranda do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Local de trabalho: Hospital Governador Celso Ramos,  
em Florianópolis – SC  
Telefones: (48) 3221854; (48) 91014253  
e-mail: Rubialbino@aol.com

**Renata G. C. Tomazzoni**

**Endereço completo:** Rua Florenza, 75/203, Córrego Grande, Florianópolis-SC  
Titulação: Pediatra, especialista em Homeopatia, Mestranda do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC  
Local de Trabalho: consultório  
Telefones: (48) 2334463; (48) 99717987  
e-mail: remgct@terra.com.br

**Norma Cursino Rodrigues**

**Endereço completo:** Rua Cristóvão Nunes Pires, 170/202, Centro, Florianópolis-SC.  
Titulação: Clínica Geriatria  
Local de Trabalho: Hospital Universitário  
Telefones: (48) 3319100  
e-mail: unilar@unimedflorianopolis.com.br