

A educação médica e as evidências de um novo paradigma

Maria Elizabeth Urtiaga

Resumo

A educação médica e as evidências de um novo paradigma

O reconhecimento da íntima relação dos contextos político, social e econômico como determinantes da ação pedagógica no espaço universitário sustenta a observação de evidências de que a educação médica passa por intensa mudança. O paradigma científico dominante no último século, fruto de uma concepção positivista de ciência, vem mostrando sinais de esgotamento. Neste momento, pode-se visualizar a emergência de um novo paradigma para o ensino médico, que se expressa nas pesquisas sobre educação médica, nas estratégias curriculares inovadoras, assim como na organização e revalorização de novos campos profissionais.

Palavras-chave: educação, educação médica, transição paradigmática

Abstract

Medical education and the evidences of a new paradigm

The acknowledgement of the close relationship among economical, social and political contexts as determiners of pedagogical action in the university supports the observation of evidence of the significant change in medical education. The dominant scientific paradigm of the last century, which resulted of a positivist conception of science, has shown to be worn out. At the present moment it is possible to perceive a new paradigm to medical teaching, which is expressed in researches on medical education, innovative curricular strategies as well as in the organization and praising of new professional fields.

Key-Words: education. medical education, paradigm transition

Introdução

O texto que ora segue faz parte de um estudo que teve como principal perspectiva a investigação qualitativa da educação médica e os aspectos subjetivos que permeiam o ambiente de formação, entendendo-os como importantes mediadores e constituintes da cultura docente que se expressa na prática pedagógica desenvolvida pelo professor¹.

Esta reflexão não se propõe a abordar, amplamente, as questões que contribuíram para a atual concepção de trabalho médico que estão incorporadas, historicamente, na visão de práxis do professor.

Por uma questão metodológica o estudo, intencionalmente, concentrou-se na prática pedagógica e seus aspectos subjetivos, comprometendo, certamente, a abrangência das questões sociológicas oriundas da evolução capitalista e sua fragmentação binária corpo-mente, responsáveis pela intensa especialização do cuidado médico hoje observado.

Este recorte faz, entretanto, uma abordagem epistemológica da evolução da prática médica desde o último século, com a intenção de contextualizar o momento social vivenciado pelo ensino médico e apontar para a perspectiva de que vibrações de um novo paradigma na educação médica parecem se configurar.

O contexto histórico

Em meados do século XVIII, o pensador Jean Jacques Rousseau formulou algumas perguntas sobre a produção da ciência, e entre elas,

se havia alguma razão de peso para substituímos o conhecimento vulgar que temos da natureza e da vida, e que partilhamos com os homens e mulheres da nossa sociedade, pelo conhecimento científico produzido por poucos e inacessível à maioria? (Santos, 1997)

Passados dois séculos, encontramos-nos novamente com o questionamento de Rousseau, refletindo sobre o papel do conhecimento científico acumulado, no sentido prático de nossas vidas, ou seja, *pela contribuição positiva ou negativa da ciência para a nossa felicidade (op.cit.)*.

¹ Programa de Pós-Graduação em Educação FaE-UFPeI - Dissertação de Mestrado - A Mediação da Cultura Docente na Formação Médica - sob orientação da professora Dra Maria Isabel da Cunha. O trabalho na íntegra está disponível na bibliotecas da Faculdade de Educação - FaE- UFPeI , da Faculdade de Medicina - UFPeI e da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM- RJ.

O movimento histórico que culminou com o predomínio científico hoje observado, iniciou no século VII a.C. e representou a emergência da racionalidade. O homem se capacitou a sistematizar o pensamento, questionando o mundo intuitivamente e desenvolvendo seu saber com base na percepção e inteligência. Esta foi uma concepção epistemológica dominante até o século XVIII quando, então na modernidade, a investigação epistêmica passou a fundamentar-se na observação, na experimentação e na necessária comprovação.

A partir daí, passou-se a entender como científico o conhecimento que contempla este modelo de investigação, que se caracteriza por um saber que se funda na divisão e na fragmentação do homem com o objetivo de separar e disciplinar para melhor conhecer.

A perspectiva da ciência moderna anunciou a possibilidade do progresso e, com esta condição, relacionou o campo científico com as questões econômicas, permeadas, nestas circunstâncias, por relações de poder. Coerente com esta concepção, organizou-se também um modo de transmissão deste conhecimento que influenciou a lógica da construção da escola com seus currículos e ações em sala de aula.

O início do século apontou para uma educação médica voltada para a ordem e para o sentido regulador. Camargo (1996) aponta que, no final do século XIX,

o quadro do ensino médico, nos EEUU, era, na perspectiva reformista, caótico. O número de escolas médicas crescia assustadoramente e sem controle. As faculdades surgiam como por geração espontânea, independentes de vínculos com universidades e desprovidas de equipamentos... Tal fato significava, para os progressistas, uma heresia, já que sonhavam com o mundo da ciência. (p.47)

O desencadeamento de um movimento de mudança culminou, em 1910, com a publicação do relatório Flexner², que criticava a estrutura da educação médica e apresentava soluções. Logo este documento se transformou em referência para a estruturação curricular que é vigente até hoje, estimulando a especialização, elegendo o hospital como espaço principal de formação e ratificando a expansão do modelo científico moderno para a Medicina.

As recomendações deste Relatório se constituíram no modelo estrutural dos currículos médicos da quase totalidade das escolas médicas

² Relatório publicado em 1910 que deu origem ao modelo de currículo que privilegia a dicotomia social/biológico, científico/senso comum e que até hoje serve como estrutura dos currículos da maioria das escolas médicas do Brasil.

do Brasil, dando ênfase ao ensino hospitalar estabelecendo uma frágil sintonia com as demandas sociais, devido ao perfil dos médicos oriundos desta formação.

As investigações sobre a educação médica nos demonstram que os currículos ainda persistem estruturados sob este modelo, obedecendo à concepção biológica do indivíduo, reproduzindo, assim, um modo de conceber a ciência, valorizando o saber científico numa visão positivista e dualista de conhecimento.

Registre-se que vivemos um tempo de contradição. Os estudos com intenções de mudança na formação médica apontam para outra direção, para um saber social que envolva uma dimensão que valorize o senso comum, e se torne, usando as palavras de Santos(op.cit.) *um conhecimento prudente para uma vida decente*.

Estas perspectivas epistemológicas expressam valores que, inevitavelmente, se manifestam na relação com o aluno, interferindo no desempenho docente, por ser o professor um sujeito portador de uma cultura, onde estão implícitas suas concepções de ciência e de ensino, que lhe serve de base para a interação pedagógica. Neste sentido, o professor é um sujeito capaz de possibilitar a mudança e os fatores que a sinalizam necessitam ser explicitados, pois a partir do reconhecimento e da reflexão sobre a realidade abre-se uma possibilidade de transformação.

Assinale-se que as questões relacionadas à cultura docente como mediadora da prática dos futuros médicos estimulam o debate sobre o tema, principalmente, quando a prática e a formação médica, como veremos, vêm sofrendo um profundo questionamento, produzindo, assim, espaços para ações de mudança.

O paradigma dominante e sua crise

As evidências do progresso científico, alcançado no último século, demonstram que, no decorrer da história da humanidade, a prática médica teve importantes interferências tecnológicas. Entretanto, a matriz de sua construção permanece sendo a abordagem do paciente em seu sofrimento e a capacidade do médico em lhe fornecer alívio.

Santos (1993,1996,2000) tem expressado preocupação com respeito aos aspectos reguladores da ciência moderna e de como esta ordem científica, emergida há mais de dois séculos, se tornou definidora de valores e práticas sociais na atualidade, constituindo-se no que ele denomina de um paradigma *dominante*. Entretanto, visualiza, também, que este paradigma, através de sua crise, vem abrindo espaço para novas práticas emancipatórias, as quais denomina de paradigma *emergente*.

Em sua teoria, o autor revela que a matriz da ciência moderna se estruturou e se mantém sobre dois tipos de conhecimentos: o *conhecimento regulação* e o *conhecimento emancipação*.

O *conhecimento regulação* encontrou seu sentido na passagem do caos em direção à ordem e conquistou a hegemonia pela sua promessa de progresso. Mesmo com uma sustentação respeitável, alicerçada nos argumentos da razão, esta forma de entender o conhecimento não foi suficiente para satisfazer às necessidades da humanidade. Desta insatisfação, nasce uma nova perspectiva epistemológica que valoriza elementos então desprezados e que Santos denomina *conhecimento emancipação* em que a trajetória é feita do *colonialismo* em direção à *solidariedade*. Esta é uma concepção ainda marginalizada, apesar de estar progressivamente conquistando espaços.

O saber da solidariedade é, para Santos(op.cit.) um lugar onde

conhecer é reconhecer, é progredir no sentido de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito(...) como a solidariedade é uma forma de conhecimento que se obtém por via do reconhecimento do outro. O outro só pode ser concebido enquanto produtor do conhecimento (p.30).

Na relação médico-paciente, percebe-se que, mesmo com o predomínio da ciência moderna, o valor da solidariedade não se deixou colonizar totalmente ou, pelo menos, foi um forte ponto de resistência. Partem daí diversos movimentos de resgate da humanização da Medicina, como o respeito à autonomia do paciente, que agora aparece não mais como um objeto de cura, mas um sujeito que pode estabelecer uma relação de cooperação mútua.

Os sinais de esgotamento do paradigma dominante na formação médica e da transição rumo a um novo paradigma parecem evidenciar-se nos questionamentos presentes no projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)³, sendo bons exemplos, também, os movimentos de estruturação de uma nova realidade para o campo profissional médico como o Programa de Saúde da Família (QUALIS-PSF)⁴ e as ousadas mudanças curriculares como o método de Aprendizagem Baseada em Problemas PBL⁵ (Problem Based Learning).

³ O projeto da CINAEM é uma ampla investigação epidemiológica sobre o processo de ensino nas Escolas Médicas do Brasil. Este projeto será resumidamente explicitado no decorrer deste relato.

⁴ (QUALIS-PSF) é um programa do Governo Federal que tem por objetivo o processo de interiorização da Medicina.

⁵ O método PBL (Problem Based Learning - Aprendizado Baseado em Problemas) é uma estratégia pedagógico/didática centrada no aluno. Tem sido aplicada em algumas escolas médicas nos últimos 30 anos

O discurso sobre a necessária transformação da educação médica tem ocupado, há vários anos, o debate das Associações e Conselhos da categoria. Esta intenção já se fazia notar através do documento número seis do Relatório da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação (MEC) (1986), publicado pela Revista da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), que introduzia a discussão referindo que,

nos últimos 15 anos, acumularam-se no Brasil numerosos estudos e documentos acerca do ensino médico, procurando seguir o que se passava no mundo, em geral, e na América Latina em particular. Sem dúvida, os mais significativos terão sido aqueles que tendem a demonstrar que a educação médica não pode ser considerada um processo isolado do contexto social (p.17).

Decorrentes destes movimentos questionadores, instalam-se peculiaridades que caracterizam cada experiência de formação. Hoje se pode observar a diversidade com que tem sido conduzido o processo de ensinar e aprender no interior das escolas médicas. Apesar de uma matriz histórica similar, cada uma possui práticas docentes particulares, mesmo que partindo da mesma base curricular. Contudo, não se pode negar que existe uma prática e uma tendência dominante na formação médica que se evidencia pela especialização como escolha profissional preponderante nos alunos egressos.

O jornal *MEDICINA*, editado mensalmente pelo Conselho Federal da classe médica, traz uma entrevista com a Vice-Reitora da Universidade Federal de São Paulo e também Presidente da Associação Brasileira de Ensino Médico, Professora Regina Stella (1999), em que esta professora, indagada a respeito do ensino médico atual, faz a seguinte afirmação:

Diria que é muito preocupante. A verdade é que estamos formando um profissional que não atende as necessidades de saúde no Brasil. Durante muito tempo, falamos em formar um médico generalista, sem termos ao menos a definição precisa deste perfil. As escolas possuem um currículo e carga teórica extensos, em detrimento do ensino prático, o que, por si só, causa prejuízo na formação. É através da prática, do contato próximo quando você leciona para pequenas turmas, que é possível inserir consciência ética e humanística. É necessário que este enfoque seja dado do início ao final do curso, o que não tem

e as escolas médicas pioneiras na adoção do método são as escolas de McMaster, no Canadá e a de Maastricht, na Holanda. Na última década o método tem se difundido e algumas escolas médicas do Brasil o têm adotado.

acontecido. Então, formamos um médico despreparado para a atenção primária e secundária, com um leque não aprofundado de conhecimentos das especialidades (p.26).

Se considerássemos a quantidade de médicos formados anualmente, somados aos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, concluiríamos que a saúde nunca foi tão contemplada no Brasil. Apesar disso, a educação médica e o sistema de saúde permanecem com muitas fragilidades. Talvez por esta razão é que a investigação sobre a realidade da formação e práticas médicas no Brasil tem motivado inúmeros estudos, abordando distintos enfoques.

Estas perspectivas, entre outras, influenciaram o atual Projeto da CINAEM que vem deixando transparecer a motivação e o desejo para a mudança, condição fundamental para a inovação. Pela importância e sua dimensão, vale a pena analisar alguns aspectos das concepções e repercussões deste Projeto.

O Projeto da CINAEM foi desenvolvido a partir de 1991, organizado em diferentes fases. Estas foram intensamente debatidas pelas Escolas Médicas Brasileiras envolvidas e pelas Entidades, especialmente nos Fóruns Nacionais, Regionais e, também, em Seminários, Oficinas, Encontros e Congressos.

No período de 1991 a 1997, foram desenvolvidas duas fases do Projeto. A primeira teve por objetivo identificar e descrever o perfil das Escolas Médicas e analisar as relações entre algumas variáveis que determinam a adequação e a qualidade do médico formado.

Estas informações permitiram a criação de um Banco de Dados contendo as principais características das Escolas quanto à sua estrutura administrativa, recursos humanos e recursos materiais, permitindo também uma explicitação das suas características educacionais como currículo, processos pedagógicos, atividade docente/assistencial da graduação e da residência médica. Os objetivos e as estratégias propostas para o trabalho desta Comissão, conforme Basile (1998, p.308) foram:

1. Avaliar o ensino médico brasileiro, visando sua qualidade para atender as necessidades médico-sociais da população.
2. Propor medidas a curto, médio, e longo prazo, que venham sanar as deficiências hoje encontradas.
3. Criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas.
4. Criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada.

Na segunda fase do Projeto, o objetivo da CINAEM se concentrou não mais no conjunto das Escolas, mas, sim, na pessoa do médico formado e do docente, no sentido de caracterizar melhor a qualificação do formando.

Entendiam que os recursos humanos possibilitariam entender as relações constituídas no contexto do processo pedagógico.

Considerando os resultados dos alunos e o desempenho docente, os pesquisadores evidenciaram que,

a semelhança estrutural no desempenho dos alunos das escolas avaliadas revela a necessidade de um esforço criativo para a *reposição imediata de novos paradigmas para a educação médica*, que impliquem a transformação das práticas de ensino e avaliação adotadas, o que envolve obrigatoriamente a *discussão da especificidade da docência médica em seus aspectos de formação*, regime de trabalho e inserção nas atividades do curso de graduação (Relatório Geral, 1997) (grifo nosso).

O estudo da CINAEM explicitou as relações que exercem influência na educação médica, afirmando que não é possível desconhecê-las. O conjunto representado pela estrutura econômica, que está na base da inserção social do professor, junto aos recursos humanos que incluem a concepção de ciência e a relação pedagógica desenvolvidas pelo professor, é a variável que *determina o processo de formação de médicos*, como o relatório explicitou, enfatizando que

o destacado *papel do docente na definição do modelo pedagógico*, como nas atividades de ensino, pesquisa e extensão no estudo da CINAEM, foi ratificado além de um modelo pedagógico inadequado aos tempos atuais, ineficiente e ineficaz(op.cit.).

A CINAEM elaborou uma síntese de suas principais conclusões a respeito das inúmeras indagações que permeiam as propostas de mudança no ensino médico. Entre as conclusões da Comissão, está a que diz:

a descrição do processo de formação revela a hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. Desvenda a semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios orgânicos fisiomorfológicos e *assegura a reprodutividade da prática médica*, funcionando como o instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista. (CINAEM- Modelo Pedagógico 1997).

Esta perspectiva demonstra que o treinamento dos alunos ocorre em disciplinas que fragmentam a abordagem do indivíduo, reproduzindo a organização do trabalho médico, definido a partir da incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

Por sua amplitude, este projeto parece trazer para a educação médica a possibilidade do trabalho em parceria. Leite (1997) nos auxilia neste entendimento quando diz:

o que aproxima diferentes grupos de diferentes universidades são deficiências, necessidades, inquietações, descontentamento, desconforto que têm em comum, a ponto de reuni-los numa perspectiva coletiva de (re)construção. O comum se constrói pelas diferenças, pela necessidade de compartilhar, pela tentativa de compreensão do pensamento do outro, pela escuta do discurso do outro. A partilha do conhecimento se dá na discussão sobre a prática da investigação (p.55).

O estudo da CINAEM, explicitando a realidade, expressa o desejo de transformação, sinalizando para uma concepção pedagógica que reconhece a utopia como condição para a mudança, fornecendo subsídios para investigações locais no sentido da construção da inovação nas escolas médicas do país.

As evidências de um novo paradigma

É alentador registrar alguns movimentos que contrariam os que visualizam a educação universitária somente como reprodução mecânica da prática existente: Garcia (1991) já enfatizava ser necessário introduzir a reflexão de que a universidade é um espaço de possibilidades, quando descreveu que

a Universidade cria, em seu processo de desenvolvimento, um espaço social diferenciado, que lhe permite mediar as pressões e exigências externas(...) Assim, a Universidade determina com um certo grau de autonomia a organização de suas atividades e a reinterpretção das necessidades sociais.

As evidências de embriões de mudança na educação médica podem ser visualizadas com a estruturação de currículos, através da já citada metodologia Problem Based Learning (PBL), que se apresenta como uma inovação na medida em que se caracteriza por uma estratégia pedagógico/didática, centrada no aluno, visto como sujeito da aprendizagem. Existe a preocupação em favorecer uma precoce inserção

dos estudantes na prática médica cotidiana, exigindo a resolução de problemas comuns para um bom desempenho clínico.

No mesmo sentido pode-se, ainda, destacar os movimentos voltados para uma concepção de prática médica humana e solidária, como o Programa de Saúde da Família (QUALIS-PSF) que vem sendo implantado no País. Ele é resultado de uma estratégia prioritária da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para o cumprimento dos objetivos de “Saúde para Todos” no ano 2000, que colocou como meta a Atenção Primária em Saúde (APS).

O objetivo geral do PSF é

proporcionar a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS através de metas de atuação na unidade básica de saúde, com a adoção de responsabilidades definidas entre os serviços municipais prestados à população (Samalea, 1998)

Maciel (2001) faz uma abordagem do Programa Saúde da Família e salienta a formação de recursos humanos para o Programa, enfatizando que

a decisão de implantar vinte mil equipes em 2001 trouxe à tona uma questão que havia ficado adormecida: a adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais formados à proposta. Todas as avaliações feitas nos levam a acreditar que nos médicos formados nos padrões atuais não dão conta de duas propostas básicas do novo modelo: o trabalho em equipe e a abordagem integral dos problemas de saúde. A receptividade desse novo modelo pela sociedade e pelos gestores do SUS indica que se trata de algo que veio para ficar. Essa nova proposta guarda relação direta com o que as escolas médicas declaram como sua missão: a formação terminal de um profissional qualificado, voltado para as necessidades epidemiológicas e sociais (p.24).

Frente a estas questões, Heloísa Machado de Souza, coordenadora nacional do Programa, enfatizou que *temos que aprender a trocar o pneu com o carro em movimento* (apud Kloetzel 1999 p.239), reafirmando a idéia de que é preciso dar curso às mudanças e aprender a trabalhar com as exigências por elas colocadas durante o percurso.

Em relação às questões paradigmáticas, salientadas nesta revisão, é possível identificar na experiência QUALIS/PSF o que Santos (1996) denomina *paradigma emergente* na medida em que a proposta reconhece, na contradição, que a Medicina *transformou o doente numa quadrícula sem*

sentido, quando, de fato, nunca estamos doentes senão no geral. Esta condição é que necessita ser mudada.

Como decorrência do que nos ensina o autor, certamente, não devemos converter o médico generalista em um especialista do geral. Desta forma, correríamos o risco de não configurar um novo paradigma, mas tão somente mais uma manifestação do atual. Precisamos é construir um novo ponto de referência, em que a totalidade seja a categoria básica.

Estas percepções talvez expliquem o crescimento, nos últimos anos, da Bioética⁶ e do firme movimento de introduzi-la nos currículos médicos. As abordagens dela advindas contêm uma característica multidisciplinar e inclui, em suas reflexões, o resgate de saberes humanísticos oriundos das Ciências Sociais, valores que começam a encontrar no cotidiano médico um amplo espaço de utilização, através de princípios éticos exigidos pelos avanços da ciência. A Bioética parece se aproximar do paradigma *emergente*, na medida em que, por seu caráter dialógico, encontra a sua racionalidade no amálgama com outras razões, contemplando a condição de interdisciplinaridade exigida pelo novo paradigma.

Enquanto o Projeto da CINAEM se debruça sobre a questão interna e pedagógica da educação médica, o método PBL resgata no aluno a condição de sujeito do processo de aquisição do conhecimento, e o projeto QUALIS / PSF do Programa de Saúde Familiar se configura numa busca de alternativas que caminham na mesma direção, completada com a progressiva inclusão da Bioética como área de conhecimento.

Estas ações parecem anunciar o que Santos (op.cit.) nomeia como vibrações de um novo paradigma através de práticas emancipatórias, que incluem a participação e a solidariedade e reconhecem principalmente *que não é através da teoria que a teoria se transforma em senso comum.*

Comentários

As observações descritas nesta breve revisão remetem-nos à reflexão sobre a necessária ruptura com o modelo dominante e de como a atual concepção epistêmica, apesar dos inquestionáveis progressos, subestimou e reduziu as subjetividades e o entendimento das diferenças humanas.

A evidenciada repercussão da concepção reguladora na educação médica, culminando com o atual modelo de cuidado médico predominante,

⁶ A Bioética na medicina tem uma abordagem secular e abrangente, pois dela participam as diferentes visões profissionais. É uma abordagem global, pois não considera apenas a relação médico-paciente, incluindo os processos de tomada de decisão, as relações interpessoais de todos os segmentos e pessoas envolvidas: o paciente, o médico, os demais profissionais, a família, a comunidade e estruturas sociais e legais.

nos incita a prosseguir na investigação de diálogos multiculturais. Santos (2000) assim se refere:

o conhecimento emancipação não aspira a uma grande teoria, aspira, sim, a uma teoria de tradução que sirva de suporte epistemológico a práticas emancipatórias que são finitas e incompletas e por isso só sustentáveis quando ligadas em rede (p.31).

Talvez elas possam servir como estratégias de superação, abrindo cada vez mais espaços inovadores, identificando energias capazes de atuar no sentido de romper a inércia para privilegiar a mudança, diminuir o silêncio e fazer valer a voz, caminhar do colonialismo em direção à solidariedade.

Poderá a educação médica, pelas evidências atualmente demonstradas, apontar para uma nova concepção de prática solidária e social?

Em relação ao futuro, Freire (1987), com sábias palavras, já sinalizava que,

se sou produto da determinação genética ou cultural ou de classe, sou irresponsável pelo que faço no mover-me no mundo. E se careço de responsabilidade não posso falar em ética. Isto não significa negar os condicionantes genéticos, culturais, sociais a que estamos submetidos. Significa reconhecer que somos seres condicionados, mas não determinados. Reconhecer que a História é tempo de possibilidade e não de determinismo, que o futuro, permita-se-me reiterar, é problemático, mas não inexorável (p.21).

Esta parece ser a verdadeira função educadora. Aprender e ensinar utopias. Compartilhar anseios e aceitar o possível como um processo inesgotável.

Referências

- BASILE, Maria Aparecida. Uma experiência nacional: CINAEM In: MARCONDES, Eduardo e GONÇALVES, Ernesto. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- BERNSTEIN, B. Estrutura do conhecimento educacional. In: Domingos, AM (org) *A teoria de Bernstein em sociologia da educação*. Lisboa: Gulbenkian, 1986.

- CINAEM Relatório Geral 1991-1997. *Avaliação do Ensino Médico do Brasil*. Brasília, 1997. (mimeo).
- CUNHA, MI, LEITE, DB. *Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade*. Campinas: Papirus, 1996.
- CUNHA, MI . *O professor universitário na transição de paradigmas*. Araraquara: JM Editora, 1998.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GARCIA, JC. Análise da educação médica na América Latina. In: NUNES, Everardo (org.) Juan César García: *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
- KLOETZEL, Kurt. *Medicina ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU, 1999.
- LEITE, DBC et. ali. Inovação na Universidade: a pesquisa em parceria. *Interface- comunicação, saúde, educação*. 1999;3: 41-52.
- MACIEL, Rômulo Filho. Formação Médica: Uma Questão de Todos. *Jornal MEDICINA CFM*. Brasília fev. 2001.
- RELATÓRIO MEC. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. *Rev. Bras. Educ. Med*. 1986;11: 67-74.
- SAMALEA, JLE. *Normas operacionais para a implantação de equipes do PSF no Estado de Santa Catarina*. Florianópolis, 1998 (mimeo).
- SANTOS, B S. *Um discurso sobre as ciências*. Portugal: Afrontamentos, 1993.
- SANTOS, BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- STELLA, Regina. O ensino médico precisa ser reformulado. *Jornal MEDICINA*. Brasília: CFM, 1999

Maria Elizabeth Urtiaga é Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da UFPel, graduada em Medicina pela UFPel, com Especialização em Medicina Geral, pela Faculdade de Medicina/UFPel e em Ciência Política, pelo ISP/UFPel. É mestre em Educação pela FaE/UFPel, onde estudou "*A mediação da cultura docente na formação médica*". Estudos sobre Bioética, atualmente, ocupam a autora.

E-mail: babeth@ufpel.tche.br

Artigo recebido em outubro/2001