

CIÊNCIAS SOCIAIS E BIOLÓGICAS
NO CURSO MÉDICO:
ENFOQUE INTERDISCIPLINAR



Propter Scientiam

Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica
Número 12 – 1989

Associação Brasileira de Educação Médica
Apoio: Organização Pan-Americana da Saúde



CIÊNCIAS SOCIAIS E BIOLÓGICAS NO CURSO MÉDICO:
Enfoque Interdisciplinar

SUMÁRIO

Apresentação	5
Introdução	7
Perspectivas de Interdisciplinaridade na Formação Médica	9
A Integração das Ciências Sociais à Saúde	11
A Interdisciplinaridade como Campo de Forças	13
A Interdisciplinaridade no Campo do Conhecimento	15
A Interdisciplinaridade em Saúde: Estágio Atual da Arte	17
Recomendações	21
Anexos: – Programa da Reunião	25
– Relação dos Participantes	27

A reunião sobre “Ciências Sociais e Biológicas no Curso Médico: Enfoque Interdisciplinar”, promovida pela Associação Brasileira de Educação Médica, foi realizada no escritório da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília, DF., no período de 26 a 28 de Julho de 1989. Contou com a participação de docentes de escolas médicas das áreas de ciências básicas, clínicas e saúde coletiva/ciências sociais, da diretoria da ABEM e de consultores da OPAS.

O trabalho realizado buscou dar prosseguimento à iniciativa do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde com relação ao enfoque da articulação do conhecimento básico (biológico e social) na formação do pessoal de saúde que teve como marco a reunião de Washington, promovida pela OPAS, em dezembro de 1987.

O relatório desta reunião de Brasília procura reter, na medida do possível, as contribuições dos participantes. O mérito desse resultado deve-se ao Prof. Jairnilson Silva Paim que tão bem soube apreender os pontos essenciais das discussões havidas e, a seguir, preparar o texto que ora se divulga.

As recomendações apresentadas, embora de natureza provisória, face às próprias características do evento, abrangem medidas de alcance interinstitucional e refletem o caráter eminentemente político das questões em pauta.

A ABEM e a OPAS, ao promoverem a reunião e a divulgação deste relatório, esperam estar contribuindo para ampliar e aprofundar a discussão e a reflexão sobre as alternativas para reorientação da formação de recursos humanos em saúde.

Cabe ainda agradecer aos participantes da reunião a qualidade de suas intervenções e aportes ao tema em discussão, referindo em particular as apresentações realizadas no início das sessões de trabalho pelos professores Dejanio Tavares Sobral (UnB), Everardo Nunes (UNICAMP), Samuel Sá (UFPA) e João Amílcar Salgado (UFMG). Por último, cabe também destacar o apoio da Dra. Maria

Isabel Rodriguez e do Dr. José Roberto Ferreira, da Oficina Central da OPAS, tanto para realização da reunião quanto para a divulgação desta publicação.

Frederico Simões Barbosa
Associação Brasileira de Educação Médica
Presidente

José Paranaguá de Santana
Organização Pan-Americana da Saúde
Consultor Nacional

INTRODUÇÃO

A idéia de interdisciplinaridade na formação de recursos humanos em saúde desenvolve-se a partir de um conjunto de críticas ao modelo dominante de educação médica e de formação de outros profissionais de saúde, determinado pela estrutura das práticas de saúde hegemônicas. Critica-se o modelo flexneriano de educação, as insuficiências dos movimentos de medicina preventiva e comunitária e da integração docente-assistencial (IDA), o uso indiscriminado de tecnologias educativas, e a utilização das ciências sociais em saúde como mero instrumento auxiliar. No plano do conhecimento, critica-se a “consciência fatiada”, a estrutura segmentar do pensamento em saúde, o determinismo da causa e da culpa que orienta as ações sanitárias e os limites dos modelos epidemiológicos (de Pasteur a Leavell-Clark). Do mesmo modo, a estrutura acadêmica é vista como compartimentalizada em departamentos e disciplinas com grau reduzido de comunicação, despreparada para a integração e dispondo de baixa credibilidade perante os serviços de saúde e a própria sociedade.

Esses temas ou “campos de insuficiências”, no entanto, são vistos como passíveis de intervenções produtivas face às necessidades de respostas à reorganização dos serviços de saúde e às mudanças sociais. As estratégias de atenção primária no marco das políticas de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), as iniciativas de reestruturação dos serviços a partir dos sistemas locais de saúde (SILOS) e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira estão a exigir avanços na concepção do processo saúde-doença no ensino, na pesquisa e na assistência. A visualização de cenários futuros, considerando as conjunturas presentes e as tendências e dinamismos do sistema social, permitiria uma orientação estratégica que justificasse novos modelos de práticas de saúde solidários a ampliação e aprofundamento da consciência sanitária.

A busca de alternativas inovadoras na docência e na investigação, entretanto, deve superar a postura idealista de entender a educação como agente de mudança “per se”. Isto significa compreender o ca-

ráter determinante da estrutura das práticas de saúde (ou seja, a organização dos serviços de saúde) sobre o processo de formação de recursos humanos e, ao mesmo tempo, considerar a possibilidade de a Universidade constituir-se em espaço de produção de saberes e práticas inovadoras por referência ao modelo assistencial dominante. Assim, princípios como integralidade, universalidade e equidade da atenção contemplados, mesmo que de forma incompleta pelas reformas em saúde, passam a requerer da Universidade novas concepções, paradigmas, métodos e práticas com referência a integração das ciências biológicas e sociais, a integração das ciências básicas e aplicadas, a integração individual/coletivo e a integração docente-assistencial. Conseqüentemente, a recorrência à temática da integração/interdisciplinaridade exige uma discussão ampla na medida em que se relaciona com conjunturas que superam as tendências de isolamento/departamentalização presentes em contextos autoritários.

No caso da formação médica é possível identificar 2 processos formativos quase que independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas, que reforça a prática individualista da medicina e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente tal formação e os diferentes tipos de prática. Portanto, caberia identificar necessidades/possibilidades de articulação biológico-social no estudo do processo saúde/doença com vistas à investigação e à formação de recursos humanos. A busca de uma abordagem totalizante – vendo o ser humano como um substrato biológico e uma natureza social – poderia passar por uma revisão do “estado da arte de integração”, pelo estudo crítico de paradigmas e pela análise das práticas sociais. Já as necessidades/possibilidades de articulação biológico-social poderiam ser examinadas nos níveis epistemológico, técnico-programático e político-organizacional.

PERSPECTIVAS DA INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Além das demandas gerais que o processo histórico da saúde impõe, quer no plano mundial através das políticas da SPT-2000, quer no plano nacional pelo projeto da Reforma Sanitária, existe um “campo de insuficiências” identificado no âmbito da educação médica a requerer novos enfoques. Nesse particular, a organização integrada do conhecimento no processo ensino-aprendizagem poderia ser examinada a partir de 3 itens de referência.

- a) Propósitos e benefícios, a vista das dimensões de competência na formação médica;
- b) Parâmetros de metodologia de integração interdisciplinar;
- c) Implicações e condicionamentos do perfil da escola para o potencial de integração.

No primeiro caso seriam identificados tipos de situações confrontadas nos diferentes cenários do atendimento e especificadas as competências esperadas para enfrentá-las. Essas situações de práticas definem temas (problemas, assuntos e objetos de estudo para abordagem interdisciplinar que podem ser priorizados por critérios sócio-epidemiológicos). As funções potenciais do profissional em situações-problema seriam especificadas em atividades e tarefas destacando-se: cuidados de cura, prevenção e reabilitação, relações com colegas, comunicação com o público, auto-avaliação, pesquisa, etc. Do mesmo modo, os elementos, subjacentes ou de capacitação requeridos – conhecimento/compreensão, atividades, valores, habilidades e pensamento crítico e criativo seriam acionados a partir dos problemas de saúde prioritários que remeteriam às bases temáticas e respectivas atividades e tarefas.

Com referência a metodologia de integração interdisciplinar seriam contemplados os seguintes elementos:

- 1- âmbito de integração – que decorre do objeto ou temas de estudo selecionados (problemas de saúde);
- 2- ambiente ou cenário de aprendizagem – privilegiando a apreensão concreta de problemas (“vida real”);

- 3- processos mentais envolvidos – devem conduzir a aprendizagem global – referidos às atitudes, valores, conhecimentos e habilidades;
- 4- papel do estudante – ativo, crítico e criativo;
- 5- integração nos níveis vertical e horizontal (sincrônica e diacrônica) – possibilitando vivências educativas seqüenciadas na progressão das unidades temáticas;
- 6- tempo de iniciação no processo – o mais precoce possível.

Finalmente, caberia examinar o potencial de integração com base na análise crítica de experiências anteriores bem como em função de análises prospectivas. No primeiro caso tem-se o exemplo do ensino básico interdisciplinar no curso de medicina da Universidade de Brasília, quando foram constatados os seguintes problemas: inconsistência no apoio ao programa interdisciplinar (por parte de alunos e de professores); contradições entre objetivos e métodos do programa por referência aos elementos de estímulo da carreira docente; e inadequação dos recursos financeiros para a manutenção da proposta. Quanto à análise prospectiva, há que se atentar para possíveis obstáculos à proposta integrativa no que se refere aos seguintes atributos de perfil da escola: flexibilidade, desenvolvimento educativo, orientação pedagógica, conteúdo programático e análise da situação (face às deficiências do diagnóstico de saúde).

A INTEGRAÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS À SAÚDE

A incorporação das ciências sociais ao currículo de medicina teve início há 3 décadas no bojo de transformações no âmbito da atenção e da educação médica, sob influência do modelo norte-americano. Diversas reuniões internacionais foram realizadas enfatizando a abordagem social dos problemas de saúde, talvez para humanizar a medicina, ou como bagagem cultural para compreender globalmente o ser humano. Assim a antropologia, a ecologia e a sociologia geral (esta particularmente influenciada pelo Talcott Parsons) foram progressivamente contempladas no ensino. Os Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS) tiveram a abertura para assimilar, embora de forma heterogênea, a inovação das ciências sociais no currículo. Ainda que o enfoque predominante fosse impregnado de filosofia positivista – as próprias ciências sociais eram vistas como ciências da conduta ou comportamentais – já se constatava um certo impacto do enfoque numa avaliação realizada em 1965. Outras iniciativas verificadas nessa década – a Medicina Comunitária, nos EUA, e a interdisciplinaridade em saúde mental na Europa apontavam para a articulação da saúde com as ciências sociais, embora se constatassem, obstáculos epistemológicos, institucionais, psicos-sociais e, até mesmo, de comunicação e linguagem. Já no estudo de Garcia verificou-se que 79% das escolas médicas latino-americanas tinham incorporado, de alguma forma, conteúdos ou disciplinas das ciências sociais no processo ensino/aprendizagem.

A década de 70 vai marcar uma crítica à abordagem funcionalista e positivista dominante no ensino e na pesquisa das ciências sociais, particularmente depois da reunião de Cuenca e das teses de Sérgio Arouca e de Cecília Donnangelo, no Brasil. Aqui há um avanço nos estudos sobre políticas de Saúde, Previdência Social e instituições de saúde enquanto em outros países da América Latina como México e Equador privilegiou-se o estudo da produção social das doenças.

Considerando o desenvolvimento das ciências sociais na formação de recursos humanos em saúde poder-se-ia admitir que a

chamada “falta de integração do ensino das ciências biológicas e sociais” pode ser contemplada por três diferentes tipos de crítica. A crítica saudosista que se fundamenta no pensamento anacrônico dos que acham que o ciclo básico anterior à Reforma Universitária, centrado nas cátedras de anatomia, bioquímica, fisiologia, microbiologia, entre outras, viabilizava, por si mesmo, a integração com a clínica e com a prática médica. A crítica conservadora que reconhece o modelo biocêntrico como incompleto mas que bastaria acrescentar o psicológico e o social com vistas a uma interdisciplinaridade limitada a um entrosamento num espaço comum, mantendo a compartimentalização do saber. Finalmente, a crítica reestruturadora defende que espaços e métodos acadêmicos não podem ter proprietários e que o currículo deve resultar de um processo consistente respaldado por decisões democráticas, estimulando o trabalho precoce em equipe com uma visão ampla do indivíduo na sociedade e a busca de recursos para a informação rápida e confiável.

A INTERDISCIPLINARIDADE COMO CAMPO DE FORÇAS

O entendimento de que a articulação das ciências básicas, bio-médicas e sociais não pode ser por decreto nem imposta à corporação médica favorece a compreensão da interdisciplinaridade como campo de forças político-sociais. Quando alguém influencia o outro é também por ele influenciado. A relação social que se estabelece converge para um contexto em que o professor aprende enquanto trabalha com o funcionário, com o estudante, e com os grupos sociais.

Nessa perspectiva, a adoção da interdisciplinaridade pode ser vista enquanto processo de difusão de inovações. Ainda que em outros campos como a agricultura tal processo fosse assumido pelo ângulo do aumento da produtividade, no caso da saúde poderia ser explorado enquanto crítica às concepções prevalentes que departamentalizam o ser humano. O reconhecimento de que a medicina toca na vida, na morte e na dor reforça a necessidade de compreender a natureza psicossocial de fenômenos que têm, também, a sua base biológica. Evidentemente que não há inovação sem resistências, sem práticas. Para as inovações há adesões e há fracassos. Assim, convém alertar para o fato de que a interdisciplinaridade não implica abolir a disciplinaridade. Há caminhos de ida e volta em busca da interseção de disciplinas como também a possibilidade de que a integração de disciplinas resulte numa outra disciplinarização. Caberia assumir, figurativamente, que através da disciplinaridade pode-se ver e andar, porém, pela ajuda da interdisciplinaridade pode-se ver e andar mais e a médio e a longo prazos.

Ainda que num momento de sistematização de conhecimentos e de experiências possam ser constatados fracassos da interdisciplinaridade no campo da educação médica, há que se reconhecer, como Paulo Freire, o “crédito do fracasso”, particularmente quando existe uma conjuntura com “grande apetite” apontando para tal necessidade. Assim, a Declaração de Alma Ata, a SPT-2000 e a concepção ampla de saúde defendida pela Reforma Sanitária Brasileira reforçam o caminho da interdisciplinaridade na produção do conheci-

mento, no ensino e nas práticas de saúde. No plano da educação médica, a Declaração de Edimburgo, embora com um conteúdo que lembra propostas defendidas desde os anos sessenta, indica que a interdisciplinaridade precisa dar respostas práticas. Está a exigir, portanto, pessoas com tempo e liderança para levar o “apetite” às coisas concretas.

Tais idéias não implicam o ato de a escola médica ser toda interdisciplinar. Muitas vezes a interdisciplinaridade é cara, chega a envolver 4 ou 5 professores em grupos de 10 alunos. O que é preciso é começar, iniciar um processo interno na instituição. A escola médica só pode ser entendida como instituição se for capaz de *ser instituinte*. Que seja hábil em renovar-se para não resultar na entropia, na esclerose. A instituição que não é instituinte reduz-se à burocracia. Daí a sugestão de que sejam promovidos simpósios e congressos *dentro* das escolas no sentido de discutir a instituição e examinar o potencial de contribuição das propostas interdisciplinares. Trabalhar junto passa por simpatia entre pessoas mas aponta, também, para um compromisso com a realidade.

A sociedade ainda está pedindo passagem à Universidade. Contra a ideologia da “universidade supérflua”, contaminada pelo corporativismo e partidarismo, a verdadeira universidade, para se realizar enquanto instituição aberta, necessita investir na comunicação interna e externa. Precisa restabelecer um pacto com a população que, na saúde, passa pelo avanço da Reforma Sanitária. A interdisciplinaridade pode ser uma via de reelaboração das tensões e experiências impostas pela realidade dos sujeitos que fazem saúde. A reinvenção do hospital ou da escola reduzindo a desumanização e o mau-trato passa pelo enfrentamento dos “efeitos iatrogênicos” na formação médica e do pessoal dos serviços de saúde. Lidar com o sofrimento humano, com a doença, com a morte, com o público, com a equipe de saúde, com os cidadãos, implica novas práticas e posturas dos agentes de saúde de um sistema que se renova e se torna único, sob controle público.

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CAMPO DO CONHECIMENTO

A interdisciplinaridade no âmbito do biológico/social não pode ser vista como moda – imitação acrítica. Esta representa a trivialização de uma determinada forma de pensamento, a vulgarização de uma idéia. O modismo em saúde faz com que uma tendência que poderia avançar, recue, já que não se importa, concretamente, com o que ocorre na realidade de cada país. Ao contrário, a interdisciplinaridade pode ser assumida enquanto tendência que se sustenta no avanço do conhecimento biológico e social e da sua interação no “que fazer” da saúde, isto é, tem de estar assentada *sobre* um conhecimento produzido. Nessa perspectiva, uma tendência representa uma corrente de pensamento com base teórica e técnico-científica capaz de dispor de um enfoque crítico na análise de uma situação concreta.

A interdisciplinaridade no âmbito da saúde depara-se com grandes campos de conhecimento. Não se trata de uma evolução desordenada. Ao contrário, depende de distintos momentos do desenvolvimento do conhecimento e depende das estruturas e das conjunturas. Assim, as ciências básicas biológicas, consideradas anteriormente como a única base científica dos estudos clínicos (ou mesmo da Medicina) resultaram do Relatório Flexner que foi uma resposta técnica a um problema de ordem social. Buscava-se dar respostas à melhoria da qualidade médica, ao conflito entre alopatas e homeopatas e às exigências da industrialização e comercialização de produtos. Nesta época a América Latina não sofria a influência dominante dos EUA, não tinha industrialização nem muitos hospitais. O estudo da base social e tecnológica e das relações entre os países permitiria explicar os distintos momentos do desenvolvimento do conhecimento, seja biológico ou social.

No caso da América Latina três momentos poderiam ser destacados:

O primeiro é demarcado pela incorporação da Medicina Preventiva e Social numa época em que a saúde pública não ocupava um espaço importante, hegemônico. Tratava-se de uma “pobre prática”, sem esboço de organização nos países.

O segundo momento, sob influência dos EUA, incorpora as ciências da conduta: antropologia, psicologia e sociologia. Essa incorporação não se dá no vazio, mas responde a razões econômicas e sociais. Assim, o desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde torna-se vital para rever “o que fazer” médico e para questionar o verdadeiro papel da prática médica, especialmente no início da década de 70.

O terceiro momento caracteriza-se pela emergência de outras formas de ver o processo saúde/doença, com reflexos na epidemiologia, na prática médica e na saúde ocupacional. Identifica o determinante social como básico e procura examinar a essência biológica e social. A interdisciplinaridade assumida não significa apenas uma questão acadêmica mas um serviço à comunidade. É o caso, por exemplo, do conhecimento produzido para a consciência sanitária. Trata-se de um conhecimento científico comprometido com a realidade, utilizando-se do máximo rigor para melhor fundamentar a ação da sociedade.

Essas experiências, mesmo incompletas, podem ser estudadas e reestruturadas em função do atual estágio do desenvolvimento científico da área.

Questões como a integração do individual e do coletivo e como a integralidade do cuidado postas pela Reforma Sanitária atualmente no Brasil indicam que a responsabilidade básica não deve ser somente da pós-graduação mas, especialmente, da graduação. Trabalhar por uma consciência coletiva dentro das escolas de medicina e das universidades e buscar os caminhos para envolver os coletivos de docentes e alunos dentro das instituições com os elementos biológicos e sociais, técnicos e coletivos, que temos nas mãos, pode ser a tarefa necessária colocada pela conjuntura nacional e pela SPT-2000.

A INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: ESTÁGIO ATUAL DA ARTE

A reflexão sobre a experiência brasileira no âmbito da educação médica e no desenvolvimento do campo da saúde coletiva a partir das contribuições das ciências sociais atravessa um amplo espectro que vai da identificação dos fracassos à interpretação dos avanços. As resistências das escolas médicas aos procedimentos inovadores bem como o sucateamento das universidades públicas e a política de privatização da educação, alimentados pela crise fiscal do Estado, conformam um contexto aparentemente não favorável para propostas mais avançadas. No Brasil metade das escolas médicas é particular e mesmo as públicas dispõem de departamentos de medicina preventiva e social seguindo o modelo liberal do preventivismo norte-americano e o modelo mínimo-legal apenas para fins de credenciamento pelo Conselho Federal de Educação. Os modelos racionalizador e da Medicina Social ainda são minoritários na educação médica brasileira.

De qualquer modo, existem espaços que podem ser, competentemente, ocupados no aprofundamento do conhecimento básico para a formação de recursos humanos. Nessa linha de raciocínio caberia indagar o que ocorre na teoria e na prática do conhecimento a partir do recurso à interdisciplinaridade. O próprio plano de estudos poderia ser repensado: em vez de seriado de disciplinas poderia ser acionado o objeto-problema para a partir daí ter-se uma visão globalizante. Em vez de 4 professores trabalhando isoladamente em 4 disciplinas poder-se-ia experimentar situações integradoras em que os quatro docentes elaborariam um programa comum, negociariam a bibliografia (para não ser multiplicada por 4 e sobrecarregar o estudante) e fariam uma avaliação conjunta. Tais situações modificam o aprendizado e instauram novas relações de ensino. Mesmo tendo um “professor-líder”, o processo ensino-aprendizagem se redefine já que passa a ser articulado no preparo, na transmissão e na descoberta do aluno.

Considerando os custos elevados que o ensino interdisciplinar pode acarretar deve ser lembrado o *papel ativo* do estudante e do professor no processo ensino/aprendizagem. Assim, o mais importante é que a estrutura docente tenha muito claro onde quer chegar. O professor pode ter um papel de orientador e pensar, num coletivo de ensino, a contribuição da disciplina que ministra para com o todo do processo educativo. De qualquer modo deve ser enfatizado que a interdisciplinaridade não se esgota nem no aluno nem no professor. São os problemas de saúde que requerem a abordagem interdisciplinar.

Ainda que surja uma sensação de obviedade ao se discutir a necessidade/pertinência da interdisciplinaridade, esforços devem ser envidados para superar as perplexidades e para examinar os caminhos críticos visando deslancar o processo no interior da graduação médica. Alguns dados disponíveis revelam, no caso brasileiro, que as disciplinas da área de saúde coletiva representam 3 a 5,5% da carga horária da graduação quando excluído para análise o tempo do internato. Conseqüentemente, o processo interdisciplinar não poderia ser conduzido exclusivamente pelos departamentos de medicina preventiva e social diante de sua pequena superfície de contato. Estes por sua vez, ao privilegiarem, por motivos estruturais, estratégicos ou táticos, a pós-graduação e uma certa especialização interna não têm investido na aproximação com outras áreas da graduação e, em muitos casos, não tem propiciado a interdisciplinaridade nem mesmo entre os seus próprios setores e disciplinas.

Foi lembrado o papel que a área das doenças infecciosas e parasitárias (DIP) poderia desempenhar no desenvolvimento de estratégias para a construção da viabilidade da interdisciplinaridade. Algumas iniciativas no campo da investigação como o programa integrado de doenças endêmicas desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública e apoiado pelo CNPq poderia reforçar tal estratégia.

Cabe ainda a ressalva de que por mais importantes que sejam os passos no caminho da interdisciplinaridade, a estrutura da prática médica exerce um papel fundamental na ampliação ou estreitamento desse caminho. Assim, a opção por uma metodologia de integração que permeie todo o curso médico enfrenta-se, nas condições atuais, apesar da proposta da Reforma Sanitária, com a lógica do modelo de assistência médica dominante e com o atual mercado de trabalho médico. É possível que o modelo flexneriano não se tenha esgotado e que recomposições no âmbito da prática médica ainda comportem certa revitalização do modelo liberal, ao contrário do que insinua a “imagem-objetivo” da Reforma Sanitária e a proposta de reorganização de serviços embutida no desenho do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, a forma de pagamento dos profissionais, o reforço ao tempo integral no serviço público, a implantação de planos de carreira e a ampliação do campo de prática nos serviços, constituem-se em elementos facilitadores de mudanças do processo

de formação médica, mesmo que se mantenha por certo tempo o modelo dominante de prática médica. A circulação de saberes e práticas ensejada por núcleos de docentes preocupados com o ensino de graduação e com o alargamento do campo de práticas nos serviços de saúde deveria ser apoiada enquanto acúmulo de forças para as estratégias contra-hegemônicas.

A universidade brasileira, carente e dependente, enfrenta-se com um “complexo industrial universitário” que suga o que resta de universidade pública e com uma neo-indústria educacional a definir o seu perfil, apesar da Constituição da República lhe consagrar autonomia. Portanto, o desafio é muito grande. Em vez de cair no imobilismo e capitular diante de aparentes “fracassos inexoráveis” caberia estimular propostas de luta e não um projeto acabado de interdisciplinaridade. Não sendo qualquer “modelito” de integração que vai resolver o problema de escolas consolidadas com estrutura interna de poder e com cultura institucionais sedimentadas há que estimular a formação de grupos que pensem a questão em distintas regiões do país, criar movimentos de opinião e articular alianças para expandir o processo.

Se a conjuntura atual tem constrangimentos, tem também possibilidades. Propostas inovadoras defendidas nos últimos trinta anos enfrentaram-se com restrições da realidade de cada país e sofreram um processo de redefinição às vezes superando, inclusive, o viés conservador das suas origens. Não existem idéias mágicas que transformem a prática. Mas os movimentos de medicina preventiva e de medicina comunitária bem como a absorção das ciências da conduta são *exemplos* de como inovações conceituais e paradigmáticas podem, na dependência das correlações de forças político-ideológicas, passar por um processo de crítica, proporcionar novas concepções e fundamentar novas práticas. Do mesmo modo, os obstáculos epistemológicos para a interdisciplinaridade no campo da saúde podem ser superados não mediante uma especulação estéril mas a partir do apoio da filosofia e de investigações concretas sobre a realidade. Aqui também o desenvolvimento da epidemiologia social na América Latina, especialmente na década de oitenta, constitui-se num exemplo a ser refletido.

Se a conjuntura atual tem sérios obstáculos – inclusive os limites impostos à proposta da Reforma Sanitária tal como fora concebida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) – a compreensão da dinâmica interna de cada formação social aliada às novas relações internacionais marcadas por uma fase de distensão revigoraram projetos de reforma da natureza da SPT-2000, que por sua vez demandam novas idéias e modelos para outros saltos qualitativos. No Brasil, as experiências de implantação de distritos sanitários (Sistemas Locais de Saúde) em alguns estados está a indicar que os princípios da integralidade do cuidado e da integração individual/coletivo requerem o estudo crítico das práticas de saúde e a sua

recomposição/recriação a partir de novas concepções, paradigmas e teorias. Ou seja, não se trata apenas de iniciativas subjetivas ou uma inovação cultural mas, possivelmente, as ciências da saúde estão sendo chamadas por novas experiências da realidade.

Finalmente, é necessário insistir para o fato de que a interdisciplinaridade não é progressista em si. Daí a importância de rever o estado da arte e examinar o contexto mais amplo. O seu fascínio pode ter um sentido consumista, pragmático visando a inserção no mercado e, ao mesmo tempo, ser fundamental para o avanço das políticas públicas. Trata-se de ter, a cada momento, uma visão política do campo de forças e entender o ato político na macro e na micro-estrutura tomando consciência do momento justo para intervir numa perspectiva progressista.

RECOMENDAÇÕES

Apesar das inquietações com relação ao modelo dominante de prática médica e às influências sobre o ensino de graduação, existe a expectativa de que a proposta de interdisciplinaridade entre o biológico e o social possa encontrar um terreno fértil no Brasil face à linha de trabalho desenvolvida pelo movimento sanitário. Ou seja, na medida em que a Reforma Sanitária busca um novo modelo de prática caberia identificar vias de aprofundamento desse campo já que o modelo atual dicotômico não estaria dando as respostas adequadas. Reconhece-se o fato de que a Reforma Sanitária, enquanto projeto, ainda é virtual por referência às mudanças necessárias ao modelo assistencial. Assim, ainda não exigiu da Universidade as modificações imprescindíveis na formação dos recursos humanos. A escola médica e mesmo a ABEM parecem ter uma aceitação tácita da Reforma Sanitária mas que não se expressa concretamente em nenhum projeto mais orgânico. Diante desse quadro a pergunta mais reiterada tem sido: “o que fazer?”. Algumas sugestões discutidas podem ser enumeradas, assumindo-se um caráter provisório, ainda que o seu ordenamento seqüencial e definição de prioridades venham a ser contemplados em “oficinas de trabalho” capazes de formular estratégias, táticas e operações. Nessa perspectiva devem ser lembradas as seguintes medidas:

- a) Propor à ABEM que estimule a criação de núcleos no interior de escolas médicas capazes de reproduzir e aprofundar essa discussão;
- b) Convocar a colaboração da ABRASCO, pela sua experiência em movimentos de opinião (como a proposta da Reforma Sanitária) para esse trabalho cultural propiciando a criação dessa consciência (abordagem integrada do biológico e do social) nas instituições formadoras (não restritas às escolas médicas);
- c) Apoiar investigações de base nessa linha para sustentar o movimento gerador de novas concepções, paradigmas, metodologias e práticas; (nesse particular caberia aprofundar o conhecimento das práticas de saúde para rediscutir o plano técnico-programático em

função dos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade) ou mesmo avaliações no sentido prospectivo no princípio da escola médica aferindo os elementos de capacitação como atitudes, valores, motivação social, etc;

- d) Despertar o interesse de escolas ou de grupos de docentes e alunos pela reflexão sobre o processo educativo utilizando-se do método de análise prospectivo cuja abordagem e instrumentos encontram-se disponíveis e passíveis de apoio da OPAS, e que podem ser revistos para aplicação em cada realidade;
- e) Empreender ações compensatórias estratégicas em situações onde não for possível influir no processo educativo mais global, atuando em áreas mais específicas como o internato, a residência, o serviço social obrigatório, etc.;
- f) Examinar o projeto de integração Universidade/Serviço do Ministério da Educação e trabalhar com a questão da interdisciplinaridade a partir da ênfase na integração ensino-serviço;
- g) Articular com os Núcleos de Apoio à Reforma Sanitária, criados a partir de articulações de setores da Universidade com as Secretarias da Saúde, no sentido de garantir uma clareza maior quanto às necessidades de recursos humanos, bem como a exploração de novas áreas como a epidemiologia nos serviços de saúde e saúde do trabalhador, entre outras;
- h) Ocupar adequadamente os órgãos colegiados do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como CIS e CIMS priorizando a discussão da formação de recursos humanos nos marcos da Reforma Sanitária, em vez de restringir-se às demandas pelo custeio dos hospitais universitários e discutir a representação da Universidade nas instâncias do futuro Sistema Único de Saúde (SUS);
- i) Apoiar, mediante cooperação técnica, experiências de grupos interessados em introduzir propostas de interdisciplinaridade no âmbito da Graduação, no que se refere a articulação das ciências básicas, biológicas e sociais;
- j) Levar os conteúdos dessa proposta para a discussão com movimentos sociais externos à Universidade e com parceiros fora da área de saúde (ABEP, Economia, Ciências Sociais, etc) e construir a base de sustentação política do movimento, tendo como idéia-força a busca de caminhos para a transformação e crítica da concepção global do processo de formação de recursos humanos;
- l) Examinar as experiências interdisciplinares a partir de programas que contemplem vários profissionais no campo das ciências biológicas e sociais e articulem o ensino e a pesquisa, segundo as necessidades dos serviços, a exemplo do Programa de Endemias da ENSP e do CNPq.

ANEXOS

PROGRAMA DA REUNIÃO

**CIÊNCIAS SOCIAIS E BIOLÓGICAS NO CURSO MÉDICO:
ENFOQUE INTERDISCIPLINAR**

Promoção: Associação Brasileira de Educação Médica

Patrocínio: Organização Pan-Americana da Saúde

Local: Representação da OPAS no Brasil

SEN Lote 19 – Brasília/DF

Data: 26 a 28.07.89

Participantes:

- a) Docentes de escolas médicas, das áreas de ciências básicas, clínica e saúde coletiva/ciências sociais
- b) Diretoria da ABEM
- c) Consultores da OPAS (PWR–Brasil e HSM–Washington)

Programa de Trabalho:

26.07.89 – 4ª feira

manhã – Chegada dos participantes, entrega de material e discussão da pauta definitiva de trabalho.

tarde – Apresentação de objetivos e resultados esperados:

- José Roberto Ferreira (OPAS)
- Frederico Simões Barbosa (ABEM)

27.07.89 – 5ª feira

manhã – Análise da Situação do Ensino das Ciências Sociais e Biológicas: Perspectiva da Interdisciplinaridade

- Dejanio Tavares Sobral (UnB)
- Everardo Nunes (UNICAMP)
- Samuel Sá (UFPA)
- Maria Izabel Rodriguez (OPAS)

tarde – Integração do Ensino das Ciências Sociais e Biológicas: Estratégia proposta pela ABEM

- João Amílcar Salgado (UFMG)

28.07.89 – 6ª feira

manhã – Apresentação/Debate de Conclusões e Recomendações.

Observação: Cada sessão de trabalho constará de uma apresentação inicial do responsável pelo tema, seguida de discussões e comentários dos demais participantes; haverá um relator geral da reunião, encarregado da elaboração de um documento de conclusões e recomendações.

RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES

AMILCAR G. GIGANTE

Universidade Federal de Pelotas	(0532)
1- Professor 2- Reitor	21-0594
Caixa Postal 354	22-0664
Pelotas - RS	21-1496
96.100	

ARMANDO ANTONIO DE NEGRI FILHO

1- Coordenação Latino Americana de Entidades Estudantis de Medicina	(0512)
2- Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - UNE: 1- Coordenador Geral;	21-5558
2- Assessor de Relações Internacionais	

Rua Demétrio Ribeiro 777/401
Porto Alegre - RS
Telex. (51) 5202 APCH
90.010

BENEDICTUS PHILADELPHO DE SIQUEIRA

Faculdade de Medicina UFMG	(031)
Diretor	226-7600
Av. Alfredo Balena 190	239-7160
Belo Horizonte - BH	

CARLOS EDUARDO GRAULT

Fiocruz - ENSP	(021)
Pesquisador Assistente	230-8985
Av. Brasil 4365	
Manguinhos - RJ	
Caixa postal 926	
20.000	

DEJANO TAVARES SOBRAL

Universidade de Brasília	(061)
Professor Adjunto	T: 274-0022
Caixa Postal 15-3031	R: 2266/9
Brasília - DF	Res. 577-3581

ELEUTÉRIO RODRIGUES NETO NESP/UNB Diretor SOS 316 Bloco F Apto 501 70.387 Brasília-DF	(061) 245-6013
EVERARDO DUARTE NUNES Departamento Med. Prev. Social/FCM/UNICAMP Professor Rua Itala Gomes Vaz de Carvalho, 60 Campinas – SP	(0192) 41-7172
FRANCISCO EDUARDO CAMPOS NESCON/UFGM Av. Alfredo Balena 190, 8º andar. Belo Horizonte – BH	(031) 224-3630 226-8841 226-8874
FREDERICO SIMÕES BARBOSA ENSP – Diretor Associação Brasileira de Educação Médica – Presidente Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Manguinhos – Rio de Janeiro	(021) 290-0484
JAIRNILSON SILVA PAIM – Relator Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia Prof. Adjunto Rua Padre Feijó 4º andar - Canela Salvador – BA	(071) 245-0151
JOÃO AMILCAR SALGADO ABEM – UFGM Assessor – Professor titular clínica médica Rua Professor Moraes 458/05 Belo Horizonte – BH 30.120	(031) 221-1867
JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP Professor Titular Faculdade de Medicina 14049	(016) 633-1386
JOSÉ DA SILVA GUEDES Faculdade Cien. Médicas da Santa Casa de São Paulo Chefe Departamento Med. Social. Rua Cesário Mota Jr. 112	(011) 220-7122
JOSÉ PARANAGUÁ DE SANTANA OPAS – Brasil Consultor Nacional SEN Lote 19 Brasília – DF	(061) 321-1200

JOSÉ ROBERTO FERREIRA Organização Panamericana da Saúde Coordenador de Desenvolvimento de R.R.H.H. 525 23rd ST, N.W. Washington, DC	(202) 861-4310
MARIA CRISTINA LODI GUEDES DE MENDONÇA Faculdade Medicina /Universidade Federal M.G. Professora – Chefe DMPS/FM. UFMG Av. Alfredo Balena – 190 – 10º andar 30.130	(031) 226-5744 239-7493
MARIA ISABEL RODRIGUEZ OPAS/OMS Consultora Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 925 25 th ST, N.W. Washington D.C. 20037 Apt 612 (of.OPS/OMS)	(202) 338-8443 861-4314 (of. OPS/OMS)
MAURO CÉLIO DE ALMEIDA MARZOCHI ENSP – FIOCRUZ Pesquisador Titular Rua Leopoldo Bulhões 1480 Manguinhos – RJ	(021) 230-8985
MOISÉS GOLDBAUM OPAS/OMS – Brasil Consultor Nacional Setor de Embaixadas Norte, lote 19 Brasília – DF	(061) 321-1200
NOBERTO DE CASTRO NOGUEIRA FILHO Universidade Federal da Paraíba Pró-Reitor de Pós-graduação e Pesquisa Av. Ruy Carneiro, 860 João Pessoa – Paraíba 58.000	(083) 226-5855
SAMUEL SÁ Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (UFPA–Belém–Pará) Coordenador do Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento (PLADES–UPPA) Rua Bernal do Couto 213 66.030 Belém – Pará	(091) 222-6303

Composição e arte
Formatum
Tel.: 222-6327 – Rio de Janeiro

Impressão e acabamento
Gráfica do PEC/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Tel.: 290-6594 – Rio de Janeiro