

## O CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFSC: ANÁLISE À PARTIR DAS CATEGORIAS FLECKIANAS

**Luiz Roberto Agea Cutolo\***

Programa de Residência Médica em Pediatria da Secretaria de Saúde do Estado de Santa  
Catarina – email: luiz@ced.ufsc.br

**Demétrio Delizoicov**

Programa de Pós-Graduação em Educação – UFSC

### Resumo

A necessidade de se adequar o currículo para a formação do médico tem sido cada vez mais enfatizada por diferentes entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica, Comissão Intersinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, Federação Mundial de Educação Médica. Neste trabalho, partindo de uma perspectiva epistemológica, utilizamos a categoria estilo de pensamento desenvolvida por Ludwik Fleck como referencial de análise do currículo médico da Universidade Federal de Santa Catarina. Após uma caracterização do que se entende como estilo de pensamento em relação ao entendimento do processo saúde/doença, buscou-se na grade curricular e nos planos de ensino das disciplinas do ciclo clínico como estes estilos se manifestam. Comparou-se com a grade curricular anterior à reforma ocorrida em 1998 no sentido de verificar se ocorreram mudanças de estilo de pensamento. Os resultados obtidos sugerem que existe um estilo de pensamento dominante (biologicista), que foi legitimado pelo Relatório Flexner em 1910 nos EUA, considerado atualmente um modelo biomédico ultrapassado.

### Introdução

Ao longo dos últimos anos, seguindo uma tendência particularmente desenvolvida na América Latina, muito se tem discutido no Brasil sobre Ensino Médico (FRAGA FILHO, 1991). Foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que realiza congressos anualmente, edita uma revista especializada (Revista Brasileira de Educação Médica) e promove fóruns e debates. A revista *Pediatria - São Paulo* dedica uma seção abordando o tema ensino de pediatria. Porém, a grande maioria dos artigos brasileiros publicados tratam de assuntos como distribuição de carga horária, alteração de grade curricular e experiência de disciplina. O paradigma técnico-linear de TYLER (1977) e os programas educacionais das décadas de 60 e 70, ainda se fazem presentes (DA ROS, 1995). A questão epistemológica relacionada com a didática e a pedagogia histórico-crítica não figuram como temas de relevância na bibliografia até o momento pesquisado. Poucos artigos discutem que talvez...

*“...um enfoque mais viável para se desenvolver uma teoria da prática de sala de aula terá que se basear numa fundamentação teórica que reconheça o jogo dialético entre interesse social, poder político e poder econômico, de um lado, e conhecimento e prática escolar, de outro.”*(GIROUX, 1983, p. 68)

Em 1991 foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta por onze entidades. Atendendo a solicitações da sociedade

---

\* Doutorando do Programa de Pós Graduação em Educação - UFSC, Doutorado em Ensino de Ciências Naturais

civil, entidades de classe e, principalmente, da comunidade universitária, o projeto já se insinua em vários cursos de graduação do país, já produziu o seu relatório (CINAEM, 1997) e aponta como uma possibilidade de mudança.

Os países desenvolvidos também apontam para um novo delineamento e reestruturação de seus programas com o objetivo de sustentar uma base sólida para a formação do médico generalista. O discurso é universal. A França criou um programa de formação de médicos assistentes/docentes que trabalharão nos ciclos profissionalizantes de seus cursos de Graduação em Medicina visando a formação de médicos de família e comunidade (ÉCOLE DE RIOM, 1996).

Dados da Federação Mundial de Educação Médica (WFME, 1990 a), sugerem a existência de mais de 1300 escolas médicas em todo o mundo, preparando médicos para cooperar na assistência à saúde de cerca de cinco bilhões de pessoas, em países cuja relação médico/habitante se situa entre menos de 1/300 e mais de 1/10.000; e os orçamentos dos serviços nacionais de saúde variam de US\$1/pessoa/ano a mais de US\$1.500/pessoa/ano.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em documento manifesto na II Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, em 1993 as necessidades sociais específicas de cada país deve moldar os conteúdos e estratégias de formação médica.

Dentro deste contexto, formação do médico generalista afinado com a realidade social onde a escola médica está inserida, torna-se necessário dar um certo relevo aos currículos médicos. Como os currículos poderiam promover uma mudança de estilo de pensamento, formando um coletivo de pensamento instrumentalizado a atuar dentro destas novas necessidades?

Procuramos neste trabalho, fazer uma análise que articule dados relativos ao curso de medicina da UFSC com as categorias fleckianas (FLECK a, 1986; DELIZOICOV et alli, 1999), objetivando explorar as possibilidades de enfrentamento desta questão.

### **Fleck como referencial para análise**

*“Em medicina não existe a possibilidade de uma consideração unitária. A necessidade de concepções distintas dos fenômenos da enfermidade conduz a uma incomensurabilidade de suas idéias teóricas.”* (SCHÄFER & SCHNELLE, 1986, pp. 19, 20)

O campo de conhecimentos em medicina está sujeito de forma contínua a idéias e métodos que acabam formando pontos de vista dominantes. Neste processo de aparecimento e desaparecimento destas orientações dominantes se pode observar tanto uma sucessão quanto a convivência de estruturas teóricas (estilos de pensamento) distintos e incomensuráveis (SCHÄFER & SCHNELLE, 1986; FLECK, 1986 b). LÖWY (1996) lembra que visões incomensuráveis sobre uma mesma doença podem existir não só diacronicamente em culturas diferentes, mas também sincronicamente na mesma cultura.

Este ponto é fundamental no desenvolvimento da presente pesquisa. A identificação de concepções de entendimento (estilos de pensamento) do processo saúde-doença, portadores

de gêneses históricas distintas que convivem num mesmo departamento pode, então ser melhor entendida.

A escola desempenha um papel fundamental na execução de introduzir a um novo estilo de pensamento. É durante o treinamento que o futuro coletivo de pensamento aprende como perceber a realidade de acordo com seu específico estilo de pensamento (LÖWY, 1996, p. 10). FLECK (1986 a) testemunha a importância na formação na disposição do ver estilizado. Ressalta que: *“Toda introdução didática é, literalmente um “conduzir-dentro” ou uma suave coerção.”* (FLECK, 1986 a, p. 151)

Chegamos agora a um ponto que converge para o problema anterior. Como os estilos de pensamento se manifestam no momento didático-pedagógico? De que maneira a escola médica e seus constituintes expõem seu estilo de pensamento e exercem a coerção de pensamento?

O currículo e sua execução através da grade curricular, das ementas e conteúdos das disciplinas, dos livros-textos recomendados, dos espaços de atuação utilizados, dos discursos docentes, das práticas docentes-assistenciais, podem nos dar informações substanciais.

Como o estilo de pensamento, o currículo não pode ser separado da totalidade do social, deve ser historicamente situado e culturalmente determinado. APPLE (1982) e GIROUX (1986) concordam que o ensinar não é um empreendimento neutro. De fato, o currículo médico é carregado de uma forte carga ideológica e usando as categorias de McClure e Fischer (apud APPLE, 1982), poderíamos dizer que encontramos nele, uma luta pelo poder e uma necessidade de legitimação usando um estilo próprio de argumentação. Os referidos autores justificam o estilo de argumentação nos seguintes termos:

*“... a importância fundamental das suposições em questão para a própria sobrevivência de um grupo\* cria uma pressão por uma explicação mais articulada de suposições que distingam o grupo exclusivamente, a fim de reforçar a solidariedade e a concordância entre seus membros. Inversamente, pareceria existir uma tendência para articular as suposições que são compartilhadas - ou compatíveis - com aquelas contidas em sistemas de pensamento\* antagônicos. Neste caso a clareza é uma tática que procura persuadir, mobilizar apoio ou converter aqueles que se encontram de fora.”* (McClure e Fischer apud APPLE, 1982, p. 37)

Parece claro que o estilo de argumentação se apresente tanto no discurso oral quanto no discurso escrito. FLECK (1986 a) ao caracterizar estilo de pensamento fala do uso de um estilo técnico e literário; e do uso de uma linguagem especial ou simplesmente o uso de termos específicos. Ele enfatiza o papel da linguagem como o elemento mais importante da comunicação científica (verbal e literário). Estudou a literatura científica, mas deixou claro que a mesma não é suficiente para assegurar a cooperação estilizada do coletivo de pensamento, a experiência prática também é necessária (COHEN & SCHNELLE, 1986), bem como, os métodos de que se utiliza (FLECK, 1986 a).

BARRA & LORENZ (1986) estudando a produção de materiais didáticos de ciências no Brasil afirmam que os livros utilizados recomendados nas escolas nos permitem aferir a

---

\* Muito embora estes autores não usem os termos coletivo de pensamento e estilo de pensamento, é possível uma aproximação com que chamaram de “grupo” e “sistema de pensamento”, respectivamente.

concepção de ciências nos diferentes períodos. Podemos extrapolar estas ponderações ao ensino médico. Os livros que os docentes lêem, escrevem ou recomendam são espelhos de suas crenças científicas, de acordo com seus estilos de pensamento particulares.

O estilo de pensamento pode também se manifestar na disposição da grade curricular, na maneira como os departamentos e disciplinas se organizam e nas ementas e conteúdos aplicados. A grade curricular é uma das grandes expressões do currículo que raramente é problematizada; somente quando se trata de criação de disciplinas ou mudança de carga horária (SILVA, 1995). É dentro da dimensão dos conteúdos programáticos que o estilo de pensamento se desvela formalmente, de forma explícita.

Além disso, conforme já mencionado, FLECK (1986 a) ressalta a importância da prática como forma legitimadora do estilo de pensamento. O estilo de pensamento estrutura o princípio da prática de trabalho do coletivo de pensamento (COHEN & SCHNELLE). Neste âmbito, as práticas médicas dos docentes se manifestam em suas atividades docentes-assistenciais, ou seja no cotidiano hospitalar ou ambulatorial de intervenção médica e ensino; atividades que nas escolas médicas estão intrinsecamente relacionadas. A própria escolha do ambiente de ensino, em si, é reveladora.

### **Breve caracterização de três estilos de pensamento em medicina**

A caracterização dos estilos de pensamento, subsequentemente descrita, constitui uma síntese de uma pesquisa histórica secundária, articulada com as categorias fleckianas, desenvolvida no projeto de pesquisa de doutoramento (CUTOLO, 1997) e em outros artigos (CUTOLO, 1995; CUTOLO, 1999 a; CUTOLO, 1999 b). A caracterização é necessária para que se entenda o sistema conceitual que será utilizado como norteador da análise do presente estudo.

#### **Estilo de Pensamento Higienista/preventivista:**

A inteligência social iluminista só poderia efetivar-se se houvesse uma opinião pública informada. Neste sentido a ciência e, conseqüentemente, a medicina, deveriam alcançar o público. Assim, saúde e higiene passam a figurar como assuntos que mereceriam esclarecimentos junto à população (ROSEN, 1994).

Em meados do século XVIII surge uma abundante literatura sobre o tema da conservação da saúde. Médicos, educadores, militares e administradores políticos se juntam numa cruzada chamada de Polícia Médica na Alemanha. Na França, essa proliferação de tecnologias políticas que irão investir sobre o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e de morar, as condições de vida pode ser entendida como Polícia das Famílias, assim explicada:

*“A polícia tem como objetivo assegurar a felicidade do Estado, através da sabedoria de seus regulamentos, e aumentar suas forças e sua potência tanto quanto ele for capaz. A ciência da polícia consiste, portanto, em regular todas as coisas relativas ao estado presente da sociedade, em consolidá-la, melhorá-la e em agir de forma que tudo concorra para a felicidade dos membros que a constituem. Ela visa fazer com que tudo que compõe o Estado sirva à consolidação e ao aumento de seu poder, como também à felicidade pública.”* (VON JUST apud. DANZELOT, 1986, pp. 12, 13)

O caráter de intervenção era fortemente higienista, preventivista, entendendo saúde/doença como possível de ser abordado com medidas locais de origem multifatorial simples. Preocupações com a qualidade da água, com a higiene, prevenção de acidentes, iluminação, aquecimento, ventilação, aleitamento materno, vestuário, foram importantes e inovadores para a época; mas os propósitos sociais da polícia médica tornaram-se ultrapassados e, até mesmo, reacionários.

Dentro deste contexto, a conservação da saúde infantil tornou-se prioritária, desencadeando inclusive, o surgimento da pediatria. O livro *Emílio ou da Educação* publicado em 1762 por Jean-Jacques Rousseau, traz em seu Livro Primeiro (ROUSSEAU, 1992) elementos dos cuidados da criança em seu primeiro ano de vida. Um documento relativo à amamentação, vestuário e higiene, protótipo dos manuais de puericultura.

O Estado se preocupava com a criação de asilos para crianças abandonadas e manutenção de um sistema de amas-de-leite. Aos médicos cabia a conservação das crianças ricas (DANZELOT, 1986). Médicos elaboravam para as famílias burguesas uma série de livros sobre educação, criação e medicação das crianças. Cria-se, assim um vínculo, uma aliança entre a mãe e o médico. O núcleo de entendimento da relação saúde/doença passa a ser a família. O Estado legisla, o médico ordena, a mãe executa. Evidentemente isso só é válido para as famílias abastadas, a intervenção nas famílias pobres passava por outros canais (DANZELOT, 1986).

### **O Estilo de Pensamento Social**

O rápido crescimento populacional urbano ocorrido na Inglaterra com a Revolução Industrial favoreceu ao aumento da mortalidade. Entre 1831 e 1844 a taxa de mortalidade (por mil habitantes) subiu nas seguintes proporções: Birmingham de 14.6 a 27.2; Bristol de 16.9 a 31.0; Liverpool de 21.0 a 34.8; Manchester de 30.2 a 33.8 (ROSEN, 1994).

À medida que esse novo tipo de vida se efetivava, deterioravam-se as condições de saúde e mais e mais pessoas tomavam consciência de suas novas e alarmantes características. Epidemias observadas em Manchester no final do século XVIII fez com que a saúde do trabalhador fosse objeto de preocupação. Uma epidemia de cólera em 1831 e 1832 evidenciou que a doença "procurava" os distritos mais pobres (ROSEN, 1994).

Em 1834 foi criada, na Inglaterra a Comissão da Lei dos Pobres que concentrou seu olhar nos problemas de saúde das populações urbanas. Edwin Chadwick foi nomeado secretário da comissão e foi, sem dúvida, um de seus principais alicerces. Algumas das contribuições conceituais são, a seguir sintetizadas (ROSEN, 1994):

- Conceito de ação preventiva que se podia aplicar aos problemas de pobreza e doença.
- Visão da relação íntima e cíclica viciosa entre doença e pobreza.
- Concepção de que o estado do ambiente físico e social afetava a saúde para o bem ou para o mal.
- Crédito de que rendimentos, prevenção de doenças, causação ambiental e ação de governo se entrelaçavam intimamente.
- Constatação que o destino de verbas necessárias para adotar e manter medidas de prevenção seria, no final das contas, menor que o custo das doenças ora constantemente geradas.

O relatório de Chadwik trouxe à discussão a causação social de doença (o que já parece um grande avanço), mas ainda fala, como o movimento anterior, em prevenção, não em mudança da estrutura econômica.

Villermé em 1828 em Paris sustentou a íntima relação entre as taxas de morbidade e mortalidade e as condições de vida das diferentes classes sociais e a relação definida entre pobreza e doença (ROSEN, 1994).

O movimento médico que estava se firmando, em relação à concepção saúde/doença, pode muito bem ser representado pelas palavras de George Rosen:

*"A doença é um atributo da vida. Um organismo vivo é uma entidade lábil em um mundo de fluxo e mudança. A doença e a saúde são aspectos desta instabilidade onipresente, são as expressões das relações mutáveis entre vários componentes do corpo, entre o corpo e o ambiente externo no qual ele existe. Como fenômeno biológico, as causas da doença são procuradas no reino da natureza; mas no homem a doença possui ainda uma outra dimensão: nele a doença não existe como "natureza pura" sendo **mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria.**" (ROSEN, 1980, p. 77, nosso grifo)*

Waitzkin descreve que Virchow, considerado por muitos o pai da medicina social, em 1847, por solicitação do governo da Prússia, investigou uma epidemia muito severa de tifo em uma área rural daquele país e completa:

*"...Baseado neste estudo, Virchow recomendou uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluíam aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Virchow não pedia soluções estritamente médicas, como seriam mais clínicas ou hospitalares. Ao invés disso, ele via as origens de má saúde nos problemas sociais. **O enfoque mais razoável sobre o problema das epidemias era, portanto, mudar as condições que permitiam que as mesmas ocorressem**" (WAITZKIN, 1981, p.1, nosso grifo).*

Leubscher afirmava ser a medicina uma atividade essencialmente social. A visão que se firmava estabeleceu alguns princípios básicos, assim sintetizados (ROSEN, 1980):

1. A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade da sociedade e do Estado.
2. As condições econômicas e sociais tem um efeito importante sobre a saúde e doença e que tais relações devem submetidas à investigação científica.
3. Se a sociedade tem a obrigação de proteger a saúde de seus membros e admitindo-se que as condições econômicas e sociais tem um efeito importante sobre a saúde e a doença, logicamente se conclui que devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernentes em tal ação, devem ser tanto sociais quanto médicas.

Hoje o conceito de Medicina Social não está restrito ao seu aspecto relação pobreza/doença. Entende-se que doença é mediada e determinada socialmente, com aspectos culturais, antropológicos, históricos, políticos e econômicos.

### O Estilo de Pensamento Biologicista/organicista:

Depois da derrota dos movimentos sociais revolucionários ocorridos no século XIX, a medicina social sofreu um descenso. Os governos da Europa Ocidental acabaram por absorver as denúncias de que as condições de vida e trabalho se relacionavam intimamente e entenderam que o desgaste da classe trabalhadora poderia comprometer a produção. As medidas, no entanto não passavam pela mudança da organização social (BARATA, 1985; WAITZKIN, 1981).

Inicia-se uma fase de uma política que aceitava tacitamente os movimentos reformistas que postulavam a criação de um Estado Moderno “*regido pelas leis da ciência e destinado a exercitar formas de controle social que pudessem resolver as contradições geradas pela industrialização.*” (MENDES, 1985, p.27)

No mesmo período (final do século XIX), Ehrlich, Kock e Pasteur desenvolvem a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas. Esses achados se tornaram prevalentes e deslocaram de vez a teoria social de doença (BARATA, 1985; WAITZKIN, 1981). Articular a idéia de que pequenas criaturas pudessem causar doenças já existia enquanto *protoidéia* desde a antiguidade no pensamento médico. A “acusação” de que “vermes”, “animálculos”, ou “sementes de doenças” são nosogênicos é proferida desde o primeiro século A.C. por Varro, passando pela Idade Média por ocasião da peste. Em 1676 Antony Von Leeuwenhoek (1632-1723) comunicou a existência de bactérias e outros microrganismos vistos ao microscópio (ROSEN, 1994). Apenas no final do século XIX, entretanto, com as pesquisas de Louis Pasteur e sua equipe essas idéias passaram a se desenvolver com grande vulto

Não há dúvidas quanto à importância destes trabalhos. O desenvolvimento da infectologia, vacinação, assepsia e cirurgia, muito se efetivaram à partir destes pressupostos. O que se questiona é se é possível reduzir o processo saúde/doença a uma causação biológica sem a determinação social.

De qualquer forma, a inovação na prática médica, levada por Pasteur representa efetivamente a fundação da chamada Medicina Científica (BERNAL, 1977). “*Para a ciência dominante, a bacteriologia veio liberar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a impediam de desenvolver-se cientificamente.*” (BARATA, 1985, p. 20)

DA ROS (1995) descreve que em 1893, Behring, médico alemão afirmava que com a teoria do germe o médico poderia trabalhar na sua “especificidade” sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais.

A proeminência que a visão cartesiana de enfermidade, o estilo de pensamento biologicista/organicista, alcançou no final do século passado foi muito importante. As repercussões sobre o ensino médico e, conseqüentemente, na prática médica puderam ser sentidas à partir do Relatório Flexner - “*Medical Education in the United States and Canada*” - escrito em 1910, aplicado integralmente no Brasil à partir da década de 50. A validação do que foi chamado de medicina científica, a valorização do mecanicismo biológico, a crença no Positivismo (CINAEM, 1997; SANTOS, 1986), a divisão topográfica das doenças através das especialidades médicas, foram à partir de então desenvolvidas.

O Relatório Flexner baseava-se num modelo mecanicista para a compreensão da estrutura e do funcionamento do corpo humano, e conseqüentemente da leitura do processo mórbido. O objeto de estudo passa a ser o indivíduo, ou melhor, os sistemas e os órgãos isolados do corpo deste indivíduo. Excluída, de certa forma, a visão de totalidade, a doença é encarada como um processo natural, biológico, excluindo-se a causalidade social, favorecendo o exercício das regras da análise racionalista cartesiana (SANTOS, 1986).

O estabelecimento de tais princípios se condicionava à prática docente intramuro com a construção de um local específico para o seu desenvolvimento, o Hospital Universitário. São criados os ciclos básico e profissionalizante e neste, as especialidades topográficas (SANTOS, 1986).

### **Grade curricular do curso de medicina da UFSC**

Para uma caracterização dos estilos de pensamento presentes nos diferentes departamentos atuantes no Curso de Graduação em Medicina, utilizamos dados contidos nos seguintes documentos:

1. Catálogo informativo dos cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1998), onde puderam ser encontradas a disposição da grade curricular e as ementas das disciplinas oferecidas à partir da reformulação ocorrida desde janeiro de 1998.
2. Planos de ensino (UFSC, 1999 a, b, c, d, e) de todas as disciplinas oferecidas ao Curso Médico, pelos cinco principais departamentos do ciclo clínico (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Tocoginecologia, Pediatria e Saúde Pública), onde analisamos os conteúdos programáticos oferecidos e a bibliografia básica recomendada, sempre tendo como base o entendimento do processo saúde/doença manifestos nos diferentes estilos de pensamento.
3. Grade curricular (UFSC, 1994) vigente até o ano de 1997, para verificarmos se havia ocorrido uma mudança do estilo de pensamento, de forma significativa, com a atual reforma.

Analisando a grade curricular do curso de graduação em medicina na UFSC (UFSC, 1998), observamos a estruturação em três ciclos. Um ciclo básico com duração de três semestres onde são tratadas as bases biológicas do entendimento do corpo humano. Um ciclo clínico (ou profissionalizante) onde são estudados os processos patológicos, com duração de seis semestres. E um ciclo prático onde um estágio de duração de três semestres (os últimos) permitem um exercício do que foi aprendido no segundo ciclo.

Desenvolvidos ao longo dos doze semestres, podemos encontrar a seguinte distribuição de carga horária (horas/aula), considerando-se os departamentos ou áreas de abrangência as quais as disciplinas estão vinculadas:

Ciências biológicas <sup>1</sup>	1697 h/a,
Clínica Médica	2664 h/a,
Clínica Cirúrgica	1998 h/a,
Tocoginecologia	1296 h/a,
Pediatria	290 h/a,
Saúde Pública.	528 h/a

<sup>1</sup> Considerada área de abrangência englobando disciplinas como biologia, histologia, anatomia, biofísica, bioquímica, patologia geral, etc. Os planos de ensinios destas disciplinas não foram utilizados na análise.

Este olhar preliminar já nos permite verificar a influência marcada do estilo de pensamento biologicista/organicista como a base do entendimento da concepção saúde/doença desenvolvida por seis distintos departamentos na área de ciências biológicas no ciclo básico. A legitimação deste estilo de pensamento se dá muito claramente nos departamentos de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Tocoginecologia. Não há uma única ementa nestes três departamentos (UFSC, 1999 a, b, e) que aborde temáticas desenvolvidas pelos estilos de pensamento higienista/preventivista ou social. O mesmo se dá quando se analisa os conteúdos programáticos das disciplinas que os referidos departamentos oferecem. Os processos mórbidos abordados e as teorias que os sustentam estão fortemente estilizadas pelo viés biologicista/organicista.

O Departamento de Clínica Médica (UFSC, 1998; UFSC, 1999 b), possui a maior carga horária do programa, distribuídas em disciplinas autônomas dentro da lógica da superespecialidade (dermatologia, gastroenterologia, pneumologia, reumatologia, alergologia, neurologia, cardiologia, nefrologia). Igualmente, o Departamento de Clínica Cirúrgica (UFSC, 1998; UFSC, 1999 a), segunda maior carga horária do curso, oferece disciplinas ao longo do ciclo profissionalizante em especialidades topográficas (cirurgia torácica, neurocirurgia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia do aparelho gastrointestinal).

O Departamento de Pediatria (UFSC, 1998; UFSC, 1999 c) apresenta algumas características particulares que merecem ser abordadas de forma mais pontual. A primeira disciplina oferecida para o curso de medicina é a Pediatria Preventiva e Social. Embora o nome sugira um convívio de dois estilos de pensamento, a ementa e o programa da disciplina sugere uma prática fortemente higienista/preventivista. O estilo de pensamento social não se manifesta, tampouco no espaço escolhido para a execução das atividades. Elas se dão dentro de um consultório no hospital universitário, sem a inserção necessária dentro da comunidade. Detalhe importante, é a única disciplina do departamento cujos professores são pediatras generalistas. As demais disciplinas seguem sustentando um estilo de pensamento biologicista. São disciplinas clínicas aplicadas em módulos de superespecialidade pediátrica, ou seja, divisão topográfica em órgãos e sistemas. São, conseqüentemente, disciplinas orientadas por pediatras especialistas (cardiologistas, neurologistas, nefrologistas, infectologistas, pneumologistas, hematologistas, endocrinologistas e cirurgiões).

Outra atenção especial deve ser dada ao Departamento de Saúde Pública (UFSC, 1998; UFSC, 1999 D). Neste Departamento, a convivência dos três estilos de pensamento parece mais marcada, sem perder, no entanto a hegemonia do estilo de pensamento biologicista. Outra particularidade, encontra-se nas diferentes matizes de estilo de pensamento encontrados dentro dos três grandes estilos. Como exemplo, podemos citar o estilo de pensamento biologicista que pode ser manifesto tanto na disciplina de Doenças Infecto-contagiosas, tanto em epidemiologia. Em relação ao estilo de pensamento higienista, encontramos suas bases teóricas tanto na disciplina de Medicina Preventiva, como no conteúdo de imunizações na disciplina de Doenças Infecto-contagiosas.

No primeiro semestre do curso é oferecida a disciplina de Saúde e Comunidade, onde em seis horas/aula é apresentada questões relativas aos conceitos de saúde e doença, evolução dos conceitos de causa e determinação social do processo saúde-doença. O tema é retomado no oitavo semestre, em mais quatro horas/aula utilizando um texto de Foucault que pode levar a uma compreensão equivocada de categorização de medicina social. Um texto que confunde as ações da Polícia Médica do século XVIII com as teorias da medicina social do século XIX,

e que admite ações públicas de saúde como medicina social. Fora estas duas incursões de dez horas/aula ao longo de um curso que oferece cerca de 9.400 horas/aula, o Departamento de Saúde Pública direciona os seus conteúdos programáticos dentro do estilo de pensamento higienista/preventivista e biologicista/organicista no entendimento da doença. A diferença, talvez que se percebe dos demais departamentos, diz respeito ao olhar direcionado para o viés epidemiológico convencional, uma matiz do estilo de pensamento biologicista.

### Comentários finais

A escola se estrutura disciplinarmente através de sua grade curricular, programas, ementas, docentes, bibliografia, espaços dentro da lógica hegemônica, isto é do estilo de pensamento dominante. Estrutura esta potencialmente direcionada para o exercício da coerção de pensamento. Coerção empenhada na mudança do estilo de pensamento do educando do seu senso comum para o estilo de pensamento médico. Nesta empreitada ocorre um jogo de forças desiguais entre os diferentes estilos de pensamento médicos, sendo que a estrutura acaba privilegiando um estilo de pensamento específico.

Se compararmos a grade atual e sua predecessora (UFSC, 1994), observamos que ocorreu simplesmente uma mudança de ênfase do Departamento de Clínica Cirúrgica para o Departamento de Clínica Médica e a criação do estágio em Saúde Coletiva, vinculada ao Departamento de Saúde Pública. Este avanço, no entanto, não produziu mudanças conceituais em relação ao entendimento do processo saúde/doença, pois não se efetivou uma mudança do estilo de pensamento; a lógica continua sendo biologicista.

A legitimação ou validação da “medicina científica” sob a forma do Relatório Flexner, obviamente não surge de forma aleatória. A Fundação Carnegie, instituição provedora, tinha como objeto de estudo a educação médica, jurídica e religiosa, por entender que os profissionais resultantes de tais áreas tinham impacto direto nas pessoas, exerciam papel estabilizador nas comunidades. Foram investidos, para sua implementação, cerca de US\$ 300 milhões, no período de 1910 a 1930. Além do forte interesse das grandes indústrias, há evidente movimento corporativo através da Associação Médica Americana (AMA), cujo objetivo era tornar hegemônica a “medicina científica”, opondo-se à ameaça dos homeopatas e dos que acreditavam que a medicina antes de ser uma ciência, era a arte de curar.

*“Isso explica a convergência de interesses entre a profissão organizada e o capital industrial que serviu para fortalecer e consolidar a então frágil AMA.... Pode-se concluir pois que a medicina científica ou “o sistema médico do capital monopolista” se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades”*(MENDES, 1985, pp. 30,31).

A extensão do estilo de pensamento biologicista possibilitou com a medicina científica, o desenvolvimento do "complexo médico-industrial" e, com ele, um verdadeiro "endeusamento" da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica; conferindo a procedimentos, instrumentos, técnicas e pílulas um poder maior do que eles podem oferecer.

A teoria do germe que poderia ampliar o estilo de pensamento médico anterior, tornou-se reducionista. Com o desenvolvimento da bacteriologia e da farmacologia conhecemos mais sobre os agentes etiológicos e a maneira mais eficaz de erradicá-los do indivíduo doente, mas essa não parece ser a totalidade e sim uma parte da intervenção

terapêutica. Cerca-se de importância, não apenas o isolamento de agentes etiológicos específicos, mas também investigar o papel de todas as circunstâncias sociais não específicas que têm uma influência tão profunda sobre a saúde e a enfermidade. Com o diagnóstico social e biológico permite-se que a intervenção terapêutica se dê tanto em nível de eliminação ou o controle da causa direta ou provocadora, quanto em nível de ação sobre os fatores predisponentes e mantenedores da enfermidade. Entretanto, Fleck já nos alertava que a instauração de um novo estilo de pensamento geralmente implica numa perda da capacidade de observar certos aspectos, muitas vezes relevantes, do estilo anterior (LÖWY, 1994). Apesar disto, o deslocamento das pressuposições anteriores permite o aparecimento de novas possibilidades de descobrimentos e cria fatos novos (FLECK, 1986 a).

O período, porém, era propício para a instauração e extensão de tal estilo com consequente desenvolvimento de suas práticas, ações e técnicas. No final do século XIX os EUA tinham o maior volume de produção industrial no mundo. As redes de estradas de ferro cresciam rapidamente fortalecendo a ocupação dos espaços internos pelo capitalismo, ligando as áreas de produção e consumo. O desenvolvimento industrial se dá de forma concentrada, favorecendo o aparecimento dos monopólios (GARCIA, 1989).

O desenvolvimento do capitalismo produz uma readaptação da prática médica, estimulando a atenção médica, ou seja:

*“...O consumo individual de serviços médicos, pois a existência de um mercado interno constitui um incentivo poderoso para esta mudança que deve articular-se com a necessidade do sistema de manter e reproduzir sua força de trabalho.”*(GARCIA, 1989, p. 192)

O surgimento da instituição hospitalar se deu como uma maneira de concentrar os diversos especialistas prestadores de serviço ao paciente, de forma a sistematizar a assistência e os honorários (GARCIA, 1989).

A situação das Escolas Médicas nos EUA, no final do século XIX (era pré-flexneriana), segundo os reformistas, era caótica. Existiam cerca de 150 escolas que poderiam ser abertas sem nenhum discernimento, vinculadas ou não a instituições universitárias, providas ou desprovidas de equipamentos, com critérios de admissão completamente aleatórios, com tempo de duração díspares e sem fundamentação teórica/científica. Com o Relatório Flexner, muitas escolas foram fechadas, inclusive às destinadas para os negros; houve uma diminuição dramática do número de vagas. A escola médica passou a ser uma área frequentada pela classe média alta (MENDES, 1985).

Infelizmente, tal qual o Relatório Flexner, que chegou ao Brasil com um substancial atraso de cerca de 40 anos, parece que as visões mais progressistas atualmente estudadas (AGUDELO, 1990; BYRNE, 1990, GABR, 1990, WFME, 1990 b), poderão chegar com atraso. A grande maioria das Escolas Médicas brasileiras ainda não buscaram uma alternativa ao modelo biomédico flexneriano. Os cursos ministrados em países em desenvolvimento copiam e seguem modelos já ultrapassados por países desenvolvidos (GABR, 1990). Dentro desta perspectiva, algumas mudanças ocorridas na UFSC não demonstraram uma potencial alternativa ao modelo flexneriano baseado no estilo de pensamento biologicista. As alterações observadas, apesar de importantes, ainda não se constituem mudança de estilo de pensamento, mas mantém os princípios contidos no Relatório Flexner, legitimando o estilo de pensamento hegemônico.

**Referências**

AGUDELO, S. F. – Orientación biosocial de la educación y salud en la sociedad. *Educación Médica Y Salud*. Vol. 24, número 2, pp. 103-114, 1990.

APPLE, M. - *Ideologia e Currículo*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1982. BARATA, R. C. B. - A Historicidade do Conceito de Causa. In: *Textos de Apoio - Epidemiologia I*. Rio de Janeiro, Ed. ABRASCO, 1985, p. 13-27.

BARRA, V. M. & LORENZ, K. M. - Produção de Materiais Didáticos de Ciências no Brasil, Período: 1950 a 1980. *Revista Ciência e Cultura*. 38 (12): 1970-1983, 1986.

BERNAL, J. D. - *Ciência na História - Volume III*. Lisboa, Livros Horizonte, 1977.

BYRNE, N. & ROZENTAL, M. – Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América latina. *Educación Médica y Salud*. Vol 28, número 1, pp. 53-93, 1994.

CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO) - Relacionando os resultados do Projeto CINAEM. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*. Vol. 25, número 2, pp. 5,6. 1997.

COHEN, R.S. & SCHNELLE, T. - *Cognition and Fact - Materials on Ludwik Fleck*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, 1986.

CUTOLO, L. R. A. – *Da Sociogênese à Biogênese da Doença – Uma Análise Epistemológica*. Florianópolis, PPGE/UFSC, mimeo, 1995.

CUTOLO, L. R. A. – *O Ensino de Pediatria na Formação do Médico Generalista*. Florianópolis, PPGE/UFSC, projeto de pesquisa de doutoramento, 1997.

CUTOLO, L. R. A. – História da pediatria parte I – a visão higienista. *Revista Pediatria a Dia*. 6: 18,19. 1999 a.

CUTOLO, L. R. A. – História da pediatria parte II – a visão social. *Revista Pediatria a Dia*. 7: 22, 23. 1999 b.

DA ROS, M. A. - *A Presença de Tyler e Flexner no Curso de Medicina da UFSC*. Programa de Pós-Graduação em Educação, CED, UFSC, 1995. (mimeo)

DANZELOT, J. - *Polícia das Famílias*. Segunda edição. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1986.

DELIZOICOV, D., CUTOLO, L. R. A., DA ROS, M. A., CASTILHO, N., LIMA, A. M. C. *Sociogênese do Conhecimento e Pesquisa em Ensino: Contribuições à Partir do Referencial Fleckiano*. Florianópolis, PPGE/UFSC, mimeo, 1999.

ÉCOLE DE RIOM - *Formation en Médecine Générale - à l'enseignement, à la pratique, a la recherche*. Paris, programme 1996.

FLECK, L. - *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*. Madrid, Alianza Editorial, 1986 a.

FLECK, L. – Some Specific Features of the Medical Way of Thinking (1927). In: COHEN, R. S. & SCHNELLE, T. – *Cognition and Fact – Materials on Ludwik Fleck*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, 1986 b.

FRAGA, FILHO, C. - Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. *Divulgação em Saúde para Debate*. 5: 19-25, 1991.

GABR, M. K. - Critical analysis of the present health teaching system in developing countries. In: CANOSA, C. A., LUE, H. C. & VAUGHAN III, V. C. – *Changing Needs in Pediatric Education*. New York, Raven Press, 1990.

GARCIA, J. C. - *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez Editora, 1989.

GIROUX, H. - *Teoria Crítica e Resistência em Educação*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983.

LOWY, I. - *Ludwik Fleck and the Notion of “Boundary Object”*. Mimeo do I Seminário Internacional sobre Filosofia da Saúde - Florianópolis, 1996.

LÖWY, I. – Ludwik Fleck e a presente história das ciências. In: *Manguinhos – História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994. I:7-18.

MENDES, E. V. - *A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica*. Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1985.

OPS/OMS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) - As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. R.J. 16 (1/3), p.48-52, 1992.

ROSEN, G. - *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro, co-edição Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

ROUSSEAU, J. J. - *Emílio ou da Educação*. Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Bertrand Brasil, 1992.

SANTOS, J. O. – Filosofia da Educação Médica: interpretação da praxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 10 (2): 82-86, maio/agosto, 1986.

SCHÄFER, L. & SCHNELLE, T. - Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia. In: FLECK, L.: *La Genesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*. Madrid, Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.

SILVA, T. T. - *Territórios Contestados - O Currículo e os Novos Mapas Políticos e Culturais*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1995.

TYLER, R. - *Princípios Básicos de Currículo e Ensino*. Porto Alegre, Ed. Globo, 1977.

UFSC - *Catálogo Informativo – Graduação 98*. Florianópolis, 1998.

UFSC – *Grade Curricular do Curso de Graduação em Medicina*. Florianópolis, 1994.

UFSC – *Planos de Ensino do Departamento de Clínica Cirúrgica*. Florianópolis, 1999 a.

UFSC – *Planos de Ensino do Departamento de Clínica Médica*. Florianópolis, 1999 b

UFSC – *Planos de Ensino do Departamento de Pediatria*. Florianópolis, 1999 c.

UFSC – *Planos de Ensino do Departamento de Saúde Pública*. Florianópolis, 1999 d.

UFSC – *Planos de Ensino do Departamento de Tocoginecologia*. Florianópolis, 1999 e.

WAITZKIN, H. - *Uma Visão Marxista Sobre Atendimento Médico*. S. l.: s. e., 1981.

WFME (WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION) - Estratégias educacionais.  
In: CHAVES, M., ROSA, A. R. - *Educação Médica nas Américas - O Desafio dos Anos 90*.  
São Paulo, Cortez Editora, 1990 a, pp. 36-45.

WFME (WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION) - Prioridades educacionais.  
In: CHAVES, M.; ROSA, A. R. - *Educação Médica nas Américas - O Desafio dos Anos 90*.  
São Paulo, Cortez Editora, 1990 b, pp. 29-35.