

I

CONGRESSO

LATINO AMERICANO DE

ENTIDADES

ESTUDANTIS DE

MEDICINA

DOCUMENTO II:

ENSINO MEDICO NA AMERICA LATINA: UMA VISAO
CRITICA - Bases Para sua Transformação Radical

Armando De Negri Filho
Fernando Alves Konrad
Paulo Marcelo Zimmer

PORTO ALEGRE
15 A 24 DE JANEIRO DE 1966

INTRODUÇÃO

O objetivo de escrevermos um documento ao I Congresso Latino Americano de Entidades Estudantis de Medicina sobre a questão do Ensino Médico na América Latina é buscar a sistematização dos conceitos que hoje organizam a Educação Médica e a partir da crítica destas concepções e da estrutura por elas mantida, passarmos à elaboração de um novo conceito e portanto de um novo referencial para a educação médica.

É de fundamental importância que se tenha em mente a relação da Educação Médica com a estrutura social, estrutura esta que se reproduz na Educação Médica, assim como em todo o setor educacional, um espaço não apenas de produção como também de reprodução social. De produção porque os profissionais e formados se inserem no mercado de trabalho fazendo parte do sistema de produção capitalista, dentro do conjunto do sistema capitalista. Por outro lado pela reprodução que perfazem ao nível ideológico, bem caracterizada pelo papel que o sistema educacional e o sistema de saúde possuem na sociedade capitalista. Papel este que se caracteriza pela reprodução dos valores que sustentam e legitimam a estrutura própria do capitalismo. Tais valores estabelecem claramente um parâmetro dentro do qual se estabelece o conceito de ciência, o conceito de Educação Médica, o conceito de mercado de trabalho médico, o conceito de sistema de saúde. Esses conceitos que orientam o marco teórico do sistema capitalista e que visam basicamente a obtenção do lucro e por outro lado visam também a reprodução do estado capitalista e sua legitimação permanente.

O Ensino Médico, na sua evolução, possui na sua fase moderna a partir do fim do século XIX, uma íntima relação com as diferentes etapas vencidas pelo capitalismo. Essa evolução, dentro das características do capitalismo, apresenta, periodicamente, momentos de grande crise, onde se agudizam suas contradições. Nestes momentos, que traduzem a crise de legitimidade do sistema capitalista, o setor saúde e o setor Ensino Médico têm que se reorientar, no sentido de fazerem frente à crise e passarem a uma nova etapa em termos de estabilidade do sistema capitalista.

Hoje, podemos afirmar que passamos por uma etapa de crise do sistema capitalista. Crise que se expressa na América Latina, através da grande instabilidade econômica que atinge nossos países, pelo grande endividamento externo e em função do desenvolvimento desigual das sociedades Latino-Americanas. Gerando uma grande massa de marginalizados, uma grande massa de pessoas que não tem acesso às benesses do "desenvolvimento" capitalista. Dentro desta realidade a medicina tem que se reorientar. As grandes tendências da reorientação passam pela chamada formação do médico geral, pela chamada Medicina Comunitária que são saídas conservadoras para a crise da medicina e do ensino médico e que têm como objetivo garantir a legitimação do estado capitalista junto à população.

Mas, em nenhum momento estas formas de reorganização do conhecimento e da prática médicas atacam, ferem ou põem em questão a essência do sistema capitalista. Por isto, elas têm uma posição claramente conservadora. Elas negam a transformação. Precisamente na direção da transformação é que nós afirmamos, por este documento, a necessidade de nos aproximarmos desta realidade superando os fenômenos que são facilmente compreensíveis mas que conformam o senso comum que a sociedade cultiva, para atingirmos então a essência da realidade onde nós poderemos identificar os elementos organizadores da superestrutura e a infraestrutura da nossa sociedade, isto é, os seus aspectos ideológicos e os seus aspectos de reprodução do capital. Em base à crítica desses elementos poderemos construir uma nova prática baseada em uma nova educação médica e construirmos, como setor estudantes de medicina e futuros profissionais médicos, parte importante da luta pela transformação social.

A função da universidade é, portanto, das escolas médicas na sociedade, entra em um conflito irreductível. O sistema social espera da Universidade que ela mantenha a sua independência em relação à sociedade, que seja despolitizada, mas exige que ela responda às necessidades sociais dentro do marco de referência do próprio capitalismo. Por outro lado, contraditoriamente, a sociedade acusa a universidade de ser uma torre de marfim, de se manter afastada deste compromisso. Mas este afastamento é o que realmente o sistema espera da Universidade, porque senão ela passa a ter um papel eminentemente transformador e crítico, o que não interessa à classe dominante.

Também é importante afirmarmos, já que estamos falando neste documento sobre a questão do ensino médico, que a questão curricular não é simples sinônimo de organização de conteúdos de ensino, de conhecimentos, plano de estudos, mas sim é um conceito bem mais amplo, que inclui o marco conceitual, ou seja, o referencial ideológico que orienta toda essa organização e aplicação do conhecimento e, que via de regra, se mantém escondido, secreto, em um plano inacessível à visão superficial, fenomênica que têm os estudantes e os professores do seu objeto de trabalho, o ensino médico. Portanto, a superação desta visão fenomênica é precisamente a destruição do marco conceitual dominante ou seja, daquilo que é pseudococoncreto, que não é a realidade existencial das coisas e, a construção de um novo marco, um marco referencial revolucionário, que tenha como perspectiva a destruição do modelo atual e a construção de uma nova sociedade, dentro da qual o fator saúde é fundamental. Esta é uma luta que deve ser feita desde agora, contribuindo, portanto, para a transformação geral da sociedade.

GRANDES MODELOS CURRICULARES ATUAIS E TENDENCIAS PARA A CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE ENSINO MEDICO EM EDINBURGO - 1988

Para falarmos neste assunto vamos estabelecer dois grandes Marcos Conceituais. O primeiro marco é o já existente na sociedade, o marco dominante, que é precisamente o que traça uma grande relação com o sistema neopositivista no que diz respeito à

organização do conhecimento, a qual é estanque, dentro do parâmetro das especialidades. Conhecimento que se afirma enquanto uma hipervalorização da "técnica", ou seja, uma "cientificização" (leia-se tecnologicização) da sociedade. Em que se valoriza o conhecimento por ele mesmo valorizando o indivíduo que tem maior conhecimento, não no sentido da sua criação, ou do exercício social deste conhecimento e sim no seu simples acúmulo, o que efetivamente mantém uma relação bastante lógica com a ideia do acúmulo do capital na sociedade. Portanto os mais ricos têm maior prestígio, assim como aqueles que tem maior conhecimento têm maior prestígio, independente da aplicação social ou não deste conhecimento e de sua natureza transformadora ou não.

Dentro deste marco conceitual podemos observar a materialização, na forma dos currículos tradicionais, de uma linhagem direta do trabalho Relatário Flexner. Temos então as grandes ciclos de ensino: o ciclo básico com todas as ciências básicas, temos o ciclo profissional com as disciplinas profissionalizantes e, depois um outro ciclo, que podemos considerar a parte, que é o ciclo das humanidades, das ciências sociais, que está colocado à parte e não integrado com o exercício do conhecimento científico biológico. Esse tipo de modelo curricular nós podemos chamar de Modelo Curricular Disciplinar, ou em espanhol, modelo por "assignaturas". Esse modelo corresponde a uma divisão artificial do conhecimento, correspondendo, dentro da teoria neopositivista, à teoria de sistemas, em que se isola o objeto de estudo, o que sem nenhuma dúvida é catastrófico tanto na dimensão social que tem o ensino e a prática médicas.

Essa é uma tendência que se encontra bastante abalada na sua concepção enquanto modelo aplicável à formação de médicos nas sociedades contemporâneas do terceiro mundo, mas que tem uma variante reformista para sua estrutura que é sustentada pelas sociedades de especialistas, com base na visão de que para formarmos melhores médicos devemos dar-lhes mais carga técnica, no sentido de mais "tecnologicização" mais sofisticada, e que a solução é o aumento das cargas horárias, a criação de novas disciplinas com a disciplinação de um exercício tecnológico mais profundo durante o próprio curso de graduação e de preferência com uma especialização precoce.

Isto equivale a termos, desde cedo, um curso de medicina que não pretende uma formação geral, e sim a formação do especialista. Esse modelo se estabelece em algumas escolas e não no conjunto porque isso seria completamente contraditório; são escolas, portanto, que assumem completamente este conceito. Isto não quer dizer que aplicamos exclusivamente este conceito. Em absoluto. Porque muitas escolas que, paradoxalmente, afirmam a formação do médico generalista, acabam seguindo este marco conceitual da especialização, devido à própria força que tem os professores, não apenas na informação aos seus alunos, mas também pela formação dada pela força do exemplo de serem especialistas e de exercerem e agirem enquanto especialistas dentro do universo do ensino. Esse seria então o marco que, ainda que extremamente contraditório à realidade do Terceiro Mundo, vai influenciar, ainda por longo tempo, nossa formação, devido às pressões de mercado e tecnologia médica e à natureza da ideologia

capitalista.

O que mais se afirma enquanto possibilidade de reforma dentro do marco geral da sociedade capitalista é o rearranjo do sistema de formação apontando para a formação do médico generalista. Ainda dentro de toda a estrutura de formação médica que não rompe filosoficamente com o que é colocado pelo neopositivismo. Surgem então as formas de reorganização do conhecimento a partir da sua integração sistêmica, utilizando como referência os grandes sistemas nos quais se agrupam os órgãos e as funções humanas. Podemos citar o exemplo da Escola de McMaster no Canadá, onde se partiu para uma reorganização do conhecimento que busca a integração básico-clínica apoiada no estudo dos vários sistemas orgânicos.

Essa sistemática, se por um lado facilita a abordagem e a integração do conhecimento, relativos ao aspecto biológico e mesmo psicossocial dos indivíduos, não estabelece em nenhum momento uma ruptura com a forma global na qual se apresenta este indivíduo na sociedade, sobretudo como se apresenta a sociedade, porque apesar de jogar para uma compreensão mais integrada do conhecimento, o seu marco referencial, como foi dito inicialmente, continua sendo uma marco conservador e este marco conservador reza que esta integração biopsicossocial se dá dentro de uma visão que nós podemos chamar de idealista, a qual não rompe em nenhum momento com a realidade imposta. Ou seja, continua o médico trabalhando com a situação dada pela estrutura social, não tendo sobre ela uma inflexão transformadora.

Podemos dizer que esta tendência de reorganização com base nos sistemas é uma tendência de organização do conhecimento que surge ainda dentro de uma visão reformista do ensino médico.

Por outro lado, existe uma certa possibilidade que nós podemos considerar como intermediária entre o simples reformismo e a transformação, que é a reorganização do ensino médico a partir de um sistema modular por problemas. Sistema esse que tenha visão do indivíduo no seu espaço particular, que é a família, a comunidade, e no espaço mais amplo da sociedade. Que tenha a visão da área humanística mais aprofundada, mas que não chegue a objetar o seu marco conceitual dominante, por várias razões, dentre elas as de ordem interna (porque não se rompe totalmente a ligação com a estrutura da docência das ciências médicas), mas também por razões externas (onde carece de apoio no plano social, devido às limitações da própria estrutura da sociedade).

Podemos citar como exemplo, uma escola de Medicina que tem currículo experimental no México, na Universidade Nacional Autónoma do México, cujo currículo, conhecido como A-36, estabeleceu um sistema já não de "assignaturas" ou disciplinas, mas um sistema modular que procura a sistematização dos conhecimentos a partir da resolução de problemas.

Não existe, então, em nenhum dos casos anteriormente citados, a livre manifestação da problemática social ligada à saúde, o que é precisamente o que nós postulamos num plano mais avançado, dentro da perspectiva transformadora do ensino, usando um marco conceitual materialista histórico e dialético. Ou seja, que a demanda social se manifeste de maneira livre e que a partir desta demanda se organize o próprio conjunto de conceitos e

conhecimentos necessários à nova prática médica.

A partir de módulos que levem o estudante a um contato constante com a realidade, contato este inicialmente simplificado (como agente de saúde da comunidade) numa compreensão simplificada, que vai progressivamente se aprofundando, no sentido de conhecerem a essência do processo saúde-doença e que também segue uma progressão técnica, criando, estabelecendo um tipo de inserção no desenvolvimento da ação de saúde, que vai desde a função de agente de saúde na comunidade até a função de médico propriamente dito.

Com o estudante vivenciando todos os níveis de compreensão dos problemas médicos dentro de um marco conceitual que a todo momento o mantém dentro do fenômeno saúde-doença, como fenômeno basicamente social.

Dessas perspectivas possíveis as que nos parecem estar se constituindo como mais prováveis a nível internacional, de modo a reanexar o ensino médico diante da crise que se encontra por estar imerso numa sociedade capitalista em crise, nos parece que são os modelos que dizem respeito a uma reformulação do ensino por sistemas, com uma integração parcial do conhecimento entre ciências básicas e clínicas, uma reorientação no máximo modular, que leve em conta as formas de médico generalista, sem romper o marco conceitual dominante.

Não esquecendo, no caso de organização do conhecimento por sistemas, que aí entra com uma grande força a questão da tecnologização do ensino médico e a tecnologização da prática médica. Ou seja, se joga para formar os trabalhadores do setor saúde para que manejem os carros e complexos equipamentos médicos do século XXI, e não se percebe neste total, as questões fundamentais ligadas à adequação do ensino aos desejos das grandes massas populacionais afastadas de qualquer atendimento.

A afirmação de nossa proposta de ensino médico, é pois, uma tentativa fundamental para que estando presentes em Edinburgo (Escócia) as representações estudantis tenham a força para discutir as reformas limitadas que se delinham a nível mundial e para que comecemos a trilhar caminhos de profundas transformações no Ensino Médico Mundial.

O CONHECIMENTO DA MEDICINA POPULAR

Quando se fala da necessária interação com os setores populares no que tange à sua compreensão dos fenômenos saúde-doença, o que inclui desde sua compreensão das etiologias até a questão da terapêutica, estamos nos referindo, basicamente, à possibilidade da participação popular dentro do sistema de conhecimento médico, sistema esse que atualmente se caracteriza por ser muito hermético.

Podemos caracterizar isso de diversas maneiras, desde a questão do próprio jargão médico que afasta efetivamente as pessoas da possibilidade de compreenderem o que passa com a sua saúde, com seu corpo, até a questão do distanciamento social que existe entre os médicos e os pacientes em geral. O que traz em si um preconceito em termos da capacidade de compreensão dos

pacientes, o que está bem caracterizado não só pelo jargão utilizado como pela incapacidade do próprio médico em compreender as categorias em que se classificam as doenças do ponto de vista do conhecimento popular e estabelecer um diálogo de confiança e igualdade.

Existem estas barreiras que ser superados para podermos estabelecer uma maior permeabilidade à participação popular dentro da atenção à saúde. Nosso objetivo não é apenas fazer aumentar a permeabilidade à participação popular na compreensão do que acontece com ela, mas também querermos estabelecer duas outras coisas que são fundamentais.

Primeiro, a integração dos conhecimentos diagnósticos-terapêuticos da comunidade dentro do arsenal dos serviços de assistência à saúde. Isso não com a perspectiva do sistema atual, de barateamento, de racionalização do atendimento, de cooptação, mas sim com o sentido de melhor contextualizar a atenção à saúde dentro do universo cultural das populações atendidas sem perder em nenhum momento a perspectiva científica, a eficácia resolvente. Isto é, também não vamos acotar conhecimentos populares que possam ser prejudiciais, insistimos pois na legitimação científica (biológica, psíquica, social e cultural).

Mas por outro lado esta legitimação científica, e aí entra o segundo ponto fundamental, tem que ser feita de maneira não a constituir um sistema discriminatório, mas sim criar um sistema em que nós possamos integrar todo o conhecimento, tanto acadêmico quanto popular, em um objetivo de resolução dos problemas de saúde.

Também se vê aqui, a necessidade fundamental de estabelecermos um diálogo tal com a população, que possamos transmitir os nossos próprios conhecimentos acadêmicos para o uso popular, o que inclui desde a formação dos agentes de saúde, até níveis mais complexos em que possamos estabelecer novos parâmetros para a prevenção, a cura e a reabilitação nas comunidades utilizando os conhecimentos acadêmicos junto com os conhecimentos populares.

O que se estabelece neste momento não é nenhum "basismo", no sentido populista da expressão, mas sim a incorporação real e respeitosa dos conhecimentos e práticas populares.

Também é importante introduzirmos aqui uma outra questão fundamental, que diz respeito ao conhecimento. O conhecimento, a ciência, todo o conhecimento científico são patrimônio social que pertence a toda população. Por que? Porque foram socialmente acumulados. Socialmente acumulados porque os progressos que a ciência conheceu ao longo da história humana se devem, as determinadas condições em que houve a possibilidade de investimento, a possibilidade de infraestrutura e estas possibilidades são criadas pelo conjunto dos trabalhadores, pelo conjunto da sociedade.

Por isso, todo conhecimento é socialmente acumulado e pertence a toda população. Além do que muitas das bases da própria evolução da ciência médica são oriundas exatamente do conhecimento médico popular, que em determinado momento, foi cooptado e reescrito em bases científicas. E em um determinado momento este conhecimento científico que advém de bases

populares se divorciou dos interesses dessas bases populares e se constituiu em mercadoria de alto preço, o que efetivamente seleciona o conjunto populacional que pode usufruir deste conhecimento.

Nossa intenção é, precisamente, lançar uma perspectiva de ruptura deste modelo exclusivista e ressocializar o conhecimento, buscando o desalienar da relação médico-paciente.

A QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

A investigação científica tem que ser parte intrínseca do exercício da prática médica. Portanto como pré-requisito e até como parte desta prática, ou própria educação médica. A educação médica deve ter como base permanente a necessidade de que qualquer intervenção no campo da saúde e da doença, tem que estar permanente ligada a um perfeito sistema de registro das intervenções, das situações e das realidades enfrentadas, com a sistematização deste registro levando a uma permanente investigação sobre a realidade que é trabalhada.

Cada investigação pode se traduzir de diversas formas. Desde as investigações epidemiológicas, utilizando a base da epidemiologia social, portanto a base do materialismo histórico aplicado à saúde, compreendendo a estrutura de como se organiza e age o setor saúde, passando pelas pesquisas clínicas e pesquisas laboratoriais aplicadas à resolução dos problemas de saúde e ciência.

Isto não quer dizer que na nossa concepção, a pesquisa de base pura esteja excluída, mas sim em um primeiro momento, se deve fazer com que qualquer médico, e não apenas o chamado investigador, o cientista, esteja envolvido permanentemente na investigação como parte intrínseca da legitimação da sua prática e da produção permanente de conhecimento. Assim é que se estabeleceu uma série de etapas que dizem respeito às maneiras pelas quais a reestruturação do ensino de medicina tem o objetivo de privilegiar a investigação e a todo momento capacitar metodologicamente os estudantes para exercerem a investigação científica, que hoje atinge níveis baixíssimos, não apenas entre os estudantes, mas também entre os professores. O que agudiza nossa dependência, não apenas de tecnologia de ponta, o que até seria compreensível na nossa situação de países capitalistas dependentes, mas inclusive nas tecnologias de atenção primária, as quais muitas delas nós ainda importamos dos Estados Unidos e Europa, apesar de muitas das bases destas tecnologias serem retiradas da própria prática gerada no Terceiro Mundo.

Temos aí um desafio importante que é de estabelecermos todo o espaço de assistência ou ensino médicos como um espaço de investigação na área da saúde. A questão da investigação científica não deve ser vista apenas como uma questão formal, a investigação pela investigação, que nos parece ser uma grande deturpação, do objetivo de investigar. Se pesquisa para publicar trabalhos, se pesquisa porque se tem que pesquisar, porque é bonito, dá prestígio, mas não se tem, em nenhum momento em mente, que toda pesquisa tem que ter um retorno social. A pesquisa não

pode ser feita simplesmente para estabelecer coisas que já sabemos, nem para reproduzir ou afirmar tal ou qual tecnologia sem que haja um retorno social concreto. Portanto, na própria formulação, e isso é factível de se ver no próprio marco conceitual das investigações dentro da epidemiologia social, se deve estabelecer o retorno social esperado. Isso deve ser, sempre que possível, de conhecimento das populações que participam das investigações, no caso das pesquisas epidemiológicas e clínicas, e devem ter sempre como referência a possibilidade de intervenção desta população, não só durante a pesquisa, mas sobretudo no espaço de aproveitamento dos resultados da investigação.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

São dois conceitos que fazem parte da nossa transformação do ensino médico, mas que deverão ser claramente entendidos dentro do nosso marco de referência transformadora, porque dentro do marco atualmente utilizado no ensino médico nós temos uma perspectiva extremamente conservadora que não nos interessa.

Começando pela "participação popular", uma expressão muito em voga, principalmente nos países que hoje são "democráticos" na América Latina, essa questão da participação popular deve ser muito bem explicada devido ao seu alcance limitado. Em primeiro lugar, é necessário lembrar que as comunidades, já que essa é a unidade utilizada no sentido da participação popular, essas comunidades não são propriamente comunidades no sentido sociológico. Isso é importante estar claro porque as comunidades assim referidas são, na verdade, coletividades que compartilham o mesmo território geograficamente delimitado, mas que não possuem os requisitos para serem chamadas de comunidade. Porque não possuem uma história coletiva de longo período, não possuem, em geral, um referencial de cultura em que se unifiquem e também não possuem uma uniformidade nos seus interesses, o que é perfeitamente compreensível dentro da sociedade capitalista, onde mesmo nas coletividades marginalizadas temos a presença da luta de classes, ou pelo menos, entre os fragmentos de classe.

De tal maneira que o chamado desenvolvimento comunitário, a participação comunitária, etc., são conceitos que na sua definição são vagos para não dizer mentirosos. O que é muito mais grave na medida em que esses conceitos são mentirosos no sentido de realidade desta participação.

A participação que o Estado deseja em primeira e, muitas vezes, na única instância é a participação dessa população marginalizada na resolução dos seus problemas mais aparentes, fenomênicos. Que ela leve seus filhos para serem vacinados, que permitam a vacinação domiciliar, que não se oponham a que se insira um dispositivo intrauterino nas suas mulheres, que abram suas portas para os fumigadores da campanha anti-malária, e assim por diante.

Se pede um grau ligeiramente mais complicado de

participação quando se pretende educar na distribuição do ingresso familiar com o objetivo de induzi-la no consumo de alimentos, medicamentos ou do serviço de saúde. Talvez a participação mais elaborada da população é a que se exige nos Programas de Desenvolvimento da Comunidade Rural, do tipo "Alimentos para o Progresso", etc. Onde em troca de rações alimentares se usa mão-de-obra "desocupada" em benefício da comunidade, principalmente em obras de infra-estrutura econômica e saneamento básico.

É precisamente este modelo de programa de prevenção indireta à saúde ou prevenção primária que tinham na cabeça os especialistas de OMS (Organização Mundial de Saúde) em educação higiênica ao redatar seu primeiro objetivo. Esses programas são particularmente transparentes quanto ao tipo de participação exigida à comunidade, assim como os "benefícios" que esta obtém.

O Programa de Obras Rurais em Cooperação, como se chama no México, registra que por cada peso investido na promoção de obras de infra-estrutura, se obtém da comunidade o valor equivalente a seis pesos. Porém, a quem beneficia este lucro? Se se sabe que este "progresso" que se atinge através destes programas, é um aumento dos níveis de vida, expresso num aumento da capacidade de consumo. Isto deve incidir indiretamente, porém, importantemente na diminuição das agressões à saúde.

Mas, sem nenhuma dúvida, há 20 anos de iniciado este programa no México, não aumentou o mercado interno, nem tampouco se diminuiu as agressões à saúde do indivíduo. Tanto é assim que os responsáveis avaliam, mediante cifras impressionantes, o número de atividades realizadas, porém nunca em termos de uma maior capacidade de consumo ou diminuição da morbidade.

Esta participação popular está longe de representar um fracasso, significa, mais claramente, um benefício daquela parte da população capaz de capitalizar as obras de infra-estrutura criadas mediante o programa. Resulta que aquela comunidade idílica, onde todos os membros se conhecem e compartilham seus interesses é somente um mito, como dissemos anteriormente.

Essa "comunidade", que é uma coletividade, tem interesses não somente divergentes, porém muitas vezes contrários. Quando se conhece uma represa, uma horta, um galinheiro ou um caminho, estes são aproveitados pelo comerciante, pelo latifundiário, pelo pecuarista, que, em não poucas ocasiões são os próprios médicos. Porém, vão pelo grupo majoritário da população, cuja miséria havia justificado a instalação do programa e que só recebe o exiguo benefício de uma ração de alimentos necessários para acalmar a fome deste dia. Há 20 anos de existência está claro que a população camponesa que resistia a participar desses programas, não era ignorante, ainda que fosse passiva, pois não hesitava com um programa próprio.

Em geral a população participa de diversas maneiras no que diz respeito à saúde: paga impostos, paga diretamente os serviços, elega real ou supostamente seus representantes, se organiza em Sindicatos ou União patronais para defender seus interesses, formar grupos de pressão. Porém cada extrato social participa na medida de sua capacidade de negociação. Seja para criar ou transformar ou somente acatar. Se existem os Sindicatos, as Câmaras Legislativas, os grupos de pressão, os partidos

políticos, porque se insiste que haja maior participação? Por que as autoridades sanitárias não utilizam estes canais sociais para adequar seus programas?

A O.P.S. (Organização Pan Americana de Saúde) criou o neologismo da participação capacitante, mediante a qual se estabelece um diálogo permanente entre o pessoal da saúde, a comunidade, a fim de harmonizarem seus pontos de vista. Implica a implantação de um processo educativo que servirá para preparar a comunidade para fortalecer seu desejo de contribuir, e por em marcha atividades sobre as quais se criou um acordo de forma marcomunada.

Esta linguagem responde, entretanto, as perguntas anteriormente formuladas. Expressa a realidade de uma organização integrada, em 60% por governos militares, onde a participação popular se reduz a obedecer, a fugir, a ser sacrificada, tudo em nome da democracia. A obscura participação capacitante nada mais é do que um descarado disfarce do cancelamento dos canais democráticos.

Isso, se é verdade no México, onde não existe uma ditadura militar, mas onde a participação popular na definição da saúde é, relativamente débil, é muito mais aplicada nos países como o nosso, que após 20 anos de ditadura militar, ainda tem claramente evidenciado na sua estrutura de participação popular estas limitações apontadas no exemplo mexicano.

Sem nenhuma dúvida, isto está estabelecido não só para os programas da OMS/OPS. Por todo o mundo existe esta limitação da participação popular e esta ídola idílica que não corresponde à realidade das chamadas comunidades, que como já dissemos são coletividades.

Então, a questão da participação popular, para nós, colocada dentro do marco conceitual transformador, é muito mais do que este modelo limitado e desviado da real concepção de participação. Nós queremos que a comunidade controle os serviços de saúde e tenha a autoridade que de fato deve exercer enquanto membros de um coletivo, que faz parte da sociedade, que contribui para a manutenção do Estado e, portanto para a manutenção do próprio sistema de saúde e que tem direito a definir quais são as prioridades, quais são os objetivos, quais as formas em que se deve trabalhar no setor saúde.

Para tanto se deve superar a visão do médico no ápice de uma pirâmide hierárquica de atenção à saúde e colocá-lo em igualdade frente à população, enquanto cidadãos que procuram um objetivo comum que é evitar a doença e manter a saúde.

O ensino do exercício desta participação popular aos estudantes de medicina é o que nós afirmamos na medida em que pretendemos uma integração do estudante desde o primeiro momento na atenção à saúde, devendo a participação popular ser colocada não só na avaliação e controle dos serviços de saúde, mas também na avaliação e controle da própria educação médica através da avaliação da população sobre o desempenho dos estudantes e professores.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ENSINO MÉDICO

O primeiro impacto e uma importante transformação no processo docente e de organização se produziu em 1910, com o Relatório Flexner, desenvolvido em Nova Iorque na Carnegie Foundation of the advancement of Teaching. Tinha como base a união das escolas de medicina às Universidades, a criação de Departamentos, a individualização e o desenvolvimento crescente do ensino, a investigação das ciências básicas e a incorporação do Hospital às Escolas para o treinamento clínico.

A influência do Relatório Flexner se estendeu, sem maiores alterações até o final da década de 40, ano em que surgiu na Escola de Medicina da Universidade de Western Reserve (Cleveland-Ohio), o conceito do ensino integrado da Medicina Preventiva que responsabiliza os principais diretores da Educação Médica postuados pelo Relatório Flexner, de haverem constituído a falta de percepção do paciente "como um indivíduo, membro de uma família e da comunidade".

É interessante notar que, novamente, uma escola dos EUA, centraliza os rumos que passarão a orientar as novas medidas a serem adotadas em relação ao ensino médico. Fruto de uma necessidade crescente das populações marginalizadas que começaram a surgir com a Revolução Industrial, a Medicina Preventiva passará a atuar como "atenuadora" das contradições existentes no processo saúde-doença, onde quem tem mais dinheiro recebe um certo tipo de atendimento médico, e quem não tem, recebe outro apesar de ambos terem a mesma doença.

O evento consolidou as bases do que, a essa altura, se supôs seria o ensino da "Medicina Integral", consolidou os Departamentos de Medicina Preventiva existentes, e estimulou sua criação nas escolas onde não existiam.

As décadas de 50 e a primeira parte da 60 marcaram um movimento de reforma curricular na América Latina, sustentado nos seguintes postulados:

1- É impossível ensinar medicina, adequadamente, se não se seleciona e se limita o número de alunos. Isto explica as rigorosas provas seletivas e a restrição do número de vagas. Ou seja, seleciona-se apenas os estudantes intelectualizados, se lhes intelectualiza ainda mais nas faculdades e se quer que valorizem e apreciem o trabalho prático, o de todos os dias.

2- É indispensável melhorar a deficiente preparação prévia dos estudantes e, portanto, as Escolas de Medicina devem melhorá-la com cursos introdutórios.

3- É necessário reduzir a teoria em favor das atividades práticas.

4- É necessário criar departamentos de Medicina Preventiva e invadir com seus cursos toda a carreira.

5- É preciso expor os estudantes à família e à comunidade, a qual deve ser entendida e utilizada como um "laboratório".

6- O último ano deve ser destinado a um "intervalo rotativo" nas quatro especialidades básicas e, deve ser viável incluir uma passagem em internato rural.

7- Deve incorporarse ao ensino as ciências sociais e psicologia para entender o homem como um ser biológico e social.

B- Implantar e fortalecer a coordenação horizontal e vertical, evitando repetições e contradições do conteúdo do plano de estudos.

Tais esforços se caracterizam por uma concepção abstrata da Educação Médica. Isto corresponde a uma ausência quase total de referências às condições de saúde dos países e às características de suas respectivas sociedades. A atenção dos educadores médicos esteve centrada em "como fazer", ignorando ou dando por suposto o "porque?", "quanto" e "para que?"

É a esta altura da evolução da educação médica, anterior aos anos 70, que seu desenvolvimento esteve dominado pela concepção dominante -avalizada pelo neopositivismo, que assumia o poder de transformação social da escola. A suposição de que o sistema educacional tinha uma ampla autonomia e estava no mesmo nível de outros subsistemas sociais, tais como o econômico ou o político, supunha a possibilidade de transformar a sociedade começando por qualquer dos setores. A crise econômica que se inicia no final da década de 60 e o fracasso dos programas que tentaram uma transformação social atuando somente sobre o setor saúde, acompanhou o fim da ilusão de acreditar no poder de transformação social da escola e das instituições de saúde. A Escola é boa porque a sociedade é boa e não o contrário.

Até agora, a objetiva realidade que comentamos, dá margem a que prosperem as críticas à insuficiência do Positivismo. A incapacidade do modelo médico imperante em nossas sociedades prejudica e estrassa, definitivamente, tanto a prática médica como o processo de geração do conhecimento e a educação médica. A crise do Positivismo, ao começar a década de 70 e as contradições, ainda que não de todo resolvidas, entre as correntes materialistas, tanto em seu interior, como frente às correntes fenomenológicas, no início desta década, dão lugar ao surgimento de correntes de opinião no seio dos trabalhadores da saúde em diversos países da América Latina, que iniciaram uma revisão crítica do conhecimento e da prática médica. A compreensão do seu caráter político e social e não somente biológico e técnico foi a consequência não somente do debate acadêmico, tampouco da dinâmica interna no campo médico, nem da luta ideológica das diversas correntes do pensamento no campo da saúde, senão que se gesta, ou pelo menos se potencia, a partir das vitórias da Revolução Cubana e nos movimentos sociais que caracterizam a época e nos quais as experiências históricas da Bolívia, Chile, Peru e Argentina, na década de 70, entre outros países, jogaram um papel decisivo no engajamento dos desenvolvimentos médico sociais.

Estamos certos de que o campo saúde é um campo de luta a disputar e é ali, onde a participação, como perme do poder popular, deve constituir-se no embrião de um novo Estado e uma nova sociedade.

ENSINO E PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde está colocada dentro da proposta de transformação do ensino médico como uma questão

fundamental. Simplesmente porque se busca através da extensão da formação em atenção primária, a capacitação de profissionais para o exercício de uma primeira linha de atendimento, que deve constituir a base de um novo sistema de saúde.

Esta base deve se caracterizar pela presença física da prestação de serviços em saúde a nível da comunidade através dos postos de saúde, entendidos não como uma maneira de racionalização do atendimento e redução do seu custo operacional, mas sim como uma racionalização social a longo prazo dos serviços. A medida que a criação de um sistema de saúde hierarquizado venha a capacitar, primeiro, que a população seja melhor atendida dentro das várias dimensões do processo saúde-doença, como também se tenha uma possibilidade de manutenção da saúde através de um sistema de acompanhamento bastante próximo da evolução dos indicadores de saúde e da situação de saúde e doença de cada indivíduo, integrando-a depois ao nível da coletividade, tendo assim uma visão coletiva da saúde sem perder a perspectiva individual.

Dentro disto é indispensável que se crie um sistema de atenção à saúde em que todas estas unidades primárias tenham a capacidade de promover a prevenção, a cura e a reabilitação em todos os grandes campos da Medicina, ou seja, a Psiquiatria, Medicina Interna, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. Tendo como substrato uma prática de saúde pública que integre a atenção a nível domiciliar, os agentes de saúde e a participação popular, no sentido do planejamento, administração, controle e fiscalização desses serviços.

É fundamental, então, que superemos alguns equívocos na apresentação do que é formação em atenção primária. A idéia de que possa conviver dentro de um currículo tradicional, hospitalocêntrico, a formação em APS na forma de uma disciplina ou de um estágio, é evidentemente uma ingenuidade.

A supremacia do Hospital em termos de sistema de saúde, em termos de acumulação de capital dentro da prestação de serviços, é uma coisa formidável. Não pode ser combatida em um simples convívio, portanto é necessário, não a inserção de um espaço de atenção primária dentro de um currículo tradicional, mas sim a criação de um currículo transformador, dentro do qual exista o eixo da atenção primária como um espaço que não é desqualificado para o exercício da Medicina, mas sim que seja tecnicamente qualificado e que exija do médico um alto grau de preparação.

Devemos contestar aquela afirmação capciosa, que diz que o especialista é alguém que conhece em profundidade determinado setor de "um mar" de conhecimentos e que o generalista é aquele que conhece este mesmo "mar" numa superfície muito mais ampla, porém a um palmo de profundidade. Nos parece que é necessário conhecer de forma muito mais ampla e a uma profundidade bastante grande, se quisermos dar ao espaço da APS uma real capacidade de resolução de problemas de saúde.

Cabe destacar também que a formação em atenção primária, no que diz respeito ao estudante de medicina, será completamente insuficiente se não for feita dentro do espaço de atenção primária e em conjunto com profissionais e estudantes de outras áreas da saúde, porque a própria concepção de atenção

primária, que é de uma cobertura totalizante e que lembra, inclusive, a idéia de um médico para cada 200 pessoas que está sendo perseguida em Cuba, inclui a equipe multiprofissional.

Isso naturalmente nos leva à formação de uma equipe completa de saúde, que se complementa, que não tenha em si uma perspectiva hierárquica, mas tenha sim uma idéia de coletivo, o que é bem diferente do que estamos vivendo hoje.

A presença do médico em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária, significa uma qualificação da rede e uma integração real de todos estes níveis, além de estabelecer um elevado nível de resolatividade, o que é o nosso objetivo final.

Sem nenhuma dívida a APS incorporando os princípios da Epidemiologia Social estabelece que qualquer vida é de fundamental valor. Portanto as estatísticas já não servem para ao final de determinados períodos de tempo, meses ou anos, traçar um perfil da evolução do padrão de saúde, mas serve isto sim para controle diário do padrão de saúde, não só do coletivo mas também do individual, de maneira que se possa intervir a todo momento para preservar vidas e evitar a doença. São necessários, então, indicadores de saúde dinâmicos e que a própria população possa manipular.

Cabe citar aqui um parágrafo de um livro do Seminário realizado na UNAM-México, sobre APS. "A incapacidade e a ineficiência da resolução dos problemas de saúde por uma atenção médica de fato biologicista, curativa, hospitalar e especializada já estão bem definidas. A essa realidade se apresenta uma alternativa que seria a APS, em que o processo saúde-doença se conceitualiza a nível social. A atenção se realiza no espaço real de vida, no trabalho da população, com melhor balanço entre aspectos preventivos, curativos e reabilitativos e com médicos gerais como parte de uma equipe de saúde. Porém, cremos que está perfeitamente claro para todos os participantes deste seminário que o desenvolvimento de um modelo de formação no espaço de atenção primário vai ter, inicialmente, contradições e insuficiências, o que se pode considerar normal em toda transformação substancial da formação médica.

O uso da expressão espaço de atenção primária, busca enfatizar a idéia que não se trata simplesmente de levar estudantes a consultórios localizados na comunidade, com práticas docentes inseridas num currículo tradicional, se não desenvolver todos os conteúdos, conhecimentos, métodos e técnicas nesta nova orientação da atenção à saúde. Nossa experiência indica que não se pode gerar transformações educativas na área de saúde sem levar em conta os modelos assistenciais.

Em outras palavras, há uma estreita relação entre os modelos de assistência na qual se integram os alunos e os objetivos que se vão alcançar. Parece utópico formar um médico em um modelo de atenção e esperar que funcione em outro. Por isso o planejador educativo tem que refletir de forma profunda, não só sobre o processo de formação, senão também sobre a dinâmica dos modelos assistenciais vigentes.

Neste sentido, devemos destacar o difícil que é a tarefa do planejador educativo. Ele está preparando um recurso humano que estará atuando, na plenitude de sua capacidade, um

doze anos no futuro, e deverá ter alguma idéia do cenário provável de ação do graduado. Reciprocamente, a probabilidade de realização dos modelos assistenciais vai depender, dentre outros fatores, da adequação dos recursos humanos a esses modelos.

Adotamos como hipótese que a atenção primária vai ser uma forma fundamental de prática médica que se converterá ou não em hegemônica, dependendo de múltiplos fatores, tais como a dinâmica de saúde da população, sua consciência sobre os problemas saúde-doença e as diferentes respostas que gera a sociedade, em particular o Estado, para enfrentar a problemática da saúde."

QUESTÃO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Este ponto diz respeito às contradições geradas hoje, pelas afirmações, já de 15 a 20 anos atrás, de que a melhoria do padrão técnico dos médicos formados depende basicamente da redução do número de estudantes nas faculdades de medicina.

Nos parece uma afirmação extremamente leviana já que podemos observar, utilizando dados da própria OMS, que no caso de países, como por exemplo o Brasil (usando como referência o ano de 1980), em que havia 119 milhões de habitantes e 101 mil médicos, portanto uma relação de 0,85 med/1000 hab. Este índice foi considerado como adequado pela OMS. Porém se observamos que este índice não corresponde nem ao mínimo preconizado pela própria OMS que fala em 1 med/1000 hab., se considerarmos a distribuição completamente inadequada destes recursos humanos, valorizando a distribuição ao redor das grandes cidades, já que os estudantes são formados nos grandes hospitais, e necessitando desta infraestrutura para trabalhar e também considerando que os incentivos estatais, em termos de concentração de médicos ainda faz com que eles fiquem nos estados mais ricos da união e que não se distribuam nos estados de menor ingresso e onde há uma maior necessidade sanitária, nós temos aí não só um déficit relativo muito grande (considerando a distribuição regional), mas também um importante déficit absoluto.

Portanto, considerando-se a própria evolução demográfica da população do Brasil e dos demais países da América Latina e o fato, e este é o principal fato, de que o número de médicos que se forma por ano se mantém estável, nós teremos a médio e a longo prazo uma grande deficiência.

Além do que, o parâmetro hoje utilizado para avaliar se há ou não excesso, é um parâmetro que nos parece muito pouco adequado porque não leva em consideração o problema de distribuição dos profissionais e o fato de que eles atuam em sociedades que tem como lógica aquela do mercado capitalista.

É necessário reavaliarmos isto, porque no momento em que se muda o parâmetro e se deixa de atuar em relação ao mercado com uma lógica capitalista, nós passamos a trabalhar com outro parâmetro que é o parâmetro da cobertura total da saúde, que é por exemplo o parâmetro utilizado em Cuba. Então, Cuba persegue um objetivo que é ter para cada 1.000 habitantes, 5 médicos. Isto é um parâmetro qualitativamente diferente.

Portanto, como no Brasil de hoje afirmamos que para cada 1.000 habitantes, 0,85 médicos é adequado? Se nós tivéssemos um parâmetro de cobertura total da comunidade e um verdadeiro compromisso do estado em relação à saúde da população, este índice seria amplamente insuficiente. Este é um exemplo que não se aplica apenas ao Brasil. Por exemplo, na Argentina se considera que há excesso tendo 1,6 médicos/1.000 habitantes. Em Cuba, temos já 2,28 médicos/1.000 habitantes e se considera que está em um plano adequado, sendo que o objetivo para o ano 2.000 é ter 3 médicos /1.000 habitantes. Na Colômbia, nós temos 0,5 médicos/1.000 habitantes e a avaliação que se faz é de que existe excesso de médicos. No México temos 1,23 med/1000 habitantes e sabemos que 50% da população não tem acesso aos serviços de saúde e também se diz que há excesso.

Portanto, quanto a essas afirmações nós só podemos considerar que prevalece uma visão de mercado acima da questão da atuação social do profissional, o que nos parece um grande equívoco. Temos que mudar o mercado. Escatizar a saúde. Dar a possibilidade que todos tenham acesso à prestação de serviços e aí, sem nenhuma dúvida, inence atingir a cobertura total da população.

Por outro lado, temos que levar em conta a questão da relação numérica entre os profissionais da saúde de nível superior (médicos) e aqueles profissionais de nível médio (na maioria dos países, o pessoal de enfermagem é de nível médio). Ou seja, o estabelecimento de uma pirâmide dos profissionais de saúde, onde o número de médicos seja inferior ao número de enfermeiros, e por sua vez, o número de técnicos em saúde (auxiliares e atendentes) seja superior ao das enfermeiras.

Isto é lógico dentro de um sistema organizado de prestação de serviços de saúde. No entanto esta lógica não é seguida. Por exemplo, num país como o Brasil, onde temos aproximadamente 140 a 150 mil médicos para uma número de enfermeiras de 45 mil (1987), existe um desequilíbrio evidente. Porém, não se pode afirmar que a simples correção da relação numérica entre médicos e enfermeiras vá dar um novo perfil ao sistema de saúde e vá garantir uma melhor cobertura. Nos parece outro grande equívoco e uma grande mentira.

Outra questão a ser considerada é a grande discriminação entre os vários níveis de pessoal de saúde e recursos humanos. Realmente o padrão salarial que se estabelece para os médicos em relação a enfermeiras e assistentes de saúde deveria ser melhor considerado, levando em conta que apesar da formação em nível superior é necessário termos mais incentivo à fixação e capacitação do pessoal de nível médio e inferior do sistema de saúde. Esta é uma discussão que se abre e é muito importante.

Também dentro da questão dos recursos humanos, temos que considerar o acesso dos estudantes à Universidade. Nos parece que o sistema de priorizar o acesso limitado, ou seja, acesso elitizado às escolas médicas da América Latina, têm levado a um reforço do perfil conservador e do perfil extremamente anti-popular dos cursos de medicina. É necessário rever, com urgência, a questão da forma de acesso às Universidades. Apesar da contradição, por exemplo, de existirem faculdades de medicina em

que têm acesso ao primeiro ano 1000 a 1500 estudantes, acesso, portanto, livre, apesar disto gerar uma série de problemas para a educação médica, acreditamos que esses problemas são gerados basicamente pelo modelo de formação. Temos que criar um modelo de formação mais próximo dos serviços de saúde pública. Ai temos espaço suficiente para a formação de médicos e, desde que haja uma planificação e uma politica integrada de formação de recursos humanos e prestação de serviços, poderemos formar profissionais de um nível bastante elevado. O que nos capacitara a responder numericamente e qualitativamente as necessidades medicas do conjunto social e não apenas de parte da sociedade.

Ai está um desafio muito grande. Estabelecermos um modelo de ingresso na Universidade, que deixe de estabelecer critérios de privilegios e passe a criar condições adequadas para a formação de recursos humanos engajados.

BIBLIOGRAFIA DE SUBSIDIO PARA A DISCUSSAO EM GRUPOS
DE TRABALHO

1. "Investigacion de la Salud en la Sociedad". guia pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico.
Jaime Breihl e Edmundo Granda.
Edicion C. E. A. S., Quito, 1982.
2. "Curso de pedagogia médica". Primeiro semestre de 1987. (faz parte de uma coletânea de documentos).
Maria Alice Sigaud N. Coelho
Elisana C. Ribeiro
Luiz C. Lobo
3. "Residência Médica: Regulamentação Didática".
4. "Investigação da Saúde na Sociedade". Guia pedagógico sobre um novo enfoque de método epidemiológico.
Jaime Breihl e Edmundo Granda.
Instituto de Saúde/SP-Abrasco, 1986.
5. "Salud, Una estrategia de cambio".
Mario M. Chaves
Fondo Editorial Papapem. Caracas. Venezuela, 1982.
6. "Pedagogia Médica".
Edward M. Bridges
Organizacion Panamericana de La Salud.
Oficina sanitaria panamericana. Oficina regional de la organizacion Mundial de La Salud, 1965.
7. Documento Xochimilco-Casa abierta al tiempo.
Anteproyecto para establecer la unidad del salud de la Universidad Autonoma Metropolitana, 1985.
8. "Primera Conferencia científico metodológica del icbp. "Victoria de Giron". (Reforma de Ensino Médico en Cuba). Coletânea de 5 volumes. Ciudad de la Habana, Febrero de 1986.
9. "Educação como prática de liberdade".
Paulo Freire
Editora: Paz e Terra. Décima edição.
10. "Enseñanza de la Psiquiatria y de la Salud Mental".
M. Bleuler; G. V. Kerbikov; E. E. Krappf.
T. A. Lambo; S. Lebovici; Tsung Yilin
I. Matte; Blanco; M. Ostow.
T. F. Rooder; J. Stoetzel.
E. S. Turrell
Organizacion Mundial de La Salud. Ginebra. 1963.
Cadernos de Salud Pública Número: 9

11. "Salud Problema". Maestría en medicina social división de ciencias biológicas y de la Salud.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Número 7, Mayo, 1981.
Temas: "La investigación social en la Medicina";
"Estados de Excepcional Salud";
"Medicina y Poder en Michel Foucault";
"Una Estimación del subregistro de la Mortalidad Infantil en México";
"Las Clínicas Estomatológicas de la UAM-Xochimilco"
12. "Salud Problema". Maestría en medicina social. división de ciencias biológicas y de la Salud.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Número 9, Octubre, 1983.
Temas: "Control integrado de las epidemias tropicales";
"Nuestra concepción sobre la Salud Mental";
"Salud Mental en América Latina";
"La determinación social del desgaste y Envejecimiento";
"Derechos Humanos en Uruguay".
13. "Español Cultural para a Liberdade e outros escritos".
Paulo Freire
Editora: Paz e Terra. Quarta edição. 1978.
14. "Seminário-Tallere de Analisis del programa de Medicina General Integral".
Facultad de Medicina-UNAM
Agosto 20, 21 y 22 de 1981.
15. "Conferencia Panamericana de Educación Médica".
Bogotá, Noviembre 25, 26, 27, 28 de 1984.
ASCOFOME e FEPAPEM.
16. "XI Conferencia Panamericana de educación Médica "Evaluación de la Educación Médica".
Conferencias Magistrales y Panel. Foros.
México, D. F. Diciembre 1-3, 1986. (5to 2 volumes.).
17. "Epidemiología: Economía-Medicina y Política "Hacia Una Transformación y Una Transformación de la Investigación en Salud".
Jaime Breini.
Diciembre, 1980.
18. "Sociedad y Salud". Revista trimestral del centro peruano de investigaciones biológicas y promoción social.
Año I. Número 1. Enero-Marzo de 1986.
Temas: "Cooperación universitaria entre las facultades de ciencias Médicas de América Latina. Pablo Carlevaro;
"Derrocando el Imperio Médico. "Halfdan Mahler;
"Subdesarrollo, pobreza y obstáculos a los programas de salud mental en la comunidad. "Humberto Retondo;
"Problema en delegar tareas al promotor de salud". Rainer F. Rosenbaum;

"Año centenario de Carrion;
"Congreso de pediatría 1984";
"Salud para todos en el Perú?"
"Misión de la OPS". Carlyle guerra de Macedo;

19. "Sociedad y Salud". Revista trimestral del centro peruano de investigaciones biológicas y promoción social. Año I - Nos. 2 e 3 abril - setiembre de 1986.

Temas: "La integración de los servicios, la docencia y la investigación en la atención primaria de la salud. Jose Roberto Ferreira"

"El enfoque clinico-epidemiológico y social: un nuevo reto. Prof. Cosme Ordoñez C."

"Psicología del apocado/ Max Silva Tuesta.

"Defensa de la Salud y atención de la enfermedad. Dr. Javier Torres Goitia."

"Participación de estudiantes de enfermería en atención primaria a la madre e el niño con parteras tradicionales en el Perú. Lic. Elvira Rodríguez Antinori."

"Epidemiología e Medicina Preventiva en México. Dr. Tomas L. Hidalgo."

Marco conceptual de la Educación Médica y salud para todos en el año 2000. Antonio Meza Cuadra."

"Reflexiones sobre la Etica Médica: su vigencia en la investigación en salud. Pablo V. Carlevaro."

"Literatura y Salud: la perla. John Steinbeck."

20. Curso premédico de introducción a la medicina general integral.

UNAM - Facultad de Medicina. Secretaria de Enseñanza e investigación en atención primaria de la salud.

21. Integración de la investigación y docencia a la atención primaria.

Universidad Autonoma Metropolitana. Unidad Xochimilco

Temas: "Seminario de Integración de investigación y docencia. Modelos de atención primaria en America latina."

"La red de instituciones educativas orientadas a la comunidad para las ciencias de la salud."

"La integración de los servicios de salud, la docencia y la investigación orientada a la comunidad."

"Modelo de atención primaria en Nicaragua."

"Programa de salud en la comunidad. Hospital sin paredes, San Ramón, Costa Rica."

"La atención primaria como escenario de la formación medica."

"Experiencias de la integración docencia-servicio en el programa de medicina general integral."

"La integración de la docencia y investigación en unidades de atención primaria."

22. Programa de Medicina General Integral, 1985, UNAM.

23. Panorama de la educación para la salud en México. Ricardo Loewe. Universidad Autonoma Metropolitana - Xochimilco. Area

educacion y salud.

24. Los intelectuales y la organizaci3n de la cultura. Antonio Gramsci.

Juan Pablos Editor. Mexico, D.F. - 1975

25. "Educa3o, Estado e Sociedade. "

Barbara Freitag.

Editora Editora Moraes, Sa. Ed., 1984.

26. "Educa3o na Am3rica Latina. Os modelos te3ricos e a realidade social"

Felicia Reicher Madeira

Guimar M. de Mello

27. "Dial3tica do concreto"

Karel Kosik

Editora Paz e Terra

2a. Ed., 1976

28. "A Saude do Mundo - A Revista da OMS."

Abril de 1987.

29. "Documentos do Ensino M3dico"

Minist3rio de Educa3o e Cultura

Temas: "A expans3o da rede escolar"

"Ensino M3dico e institui3es de saude"