SABi
UFRGS 05914968
Biblioteca
FAMED/HCPA

# O BISTURI

ANO 43

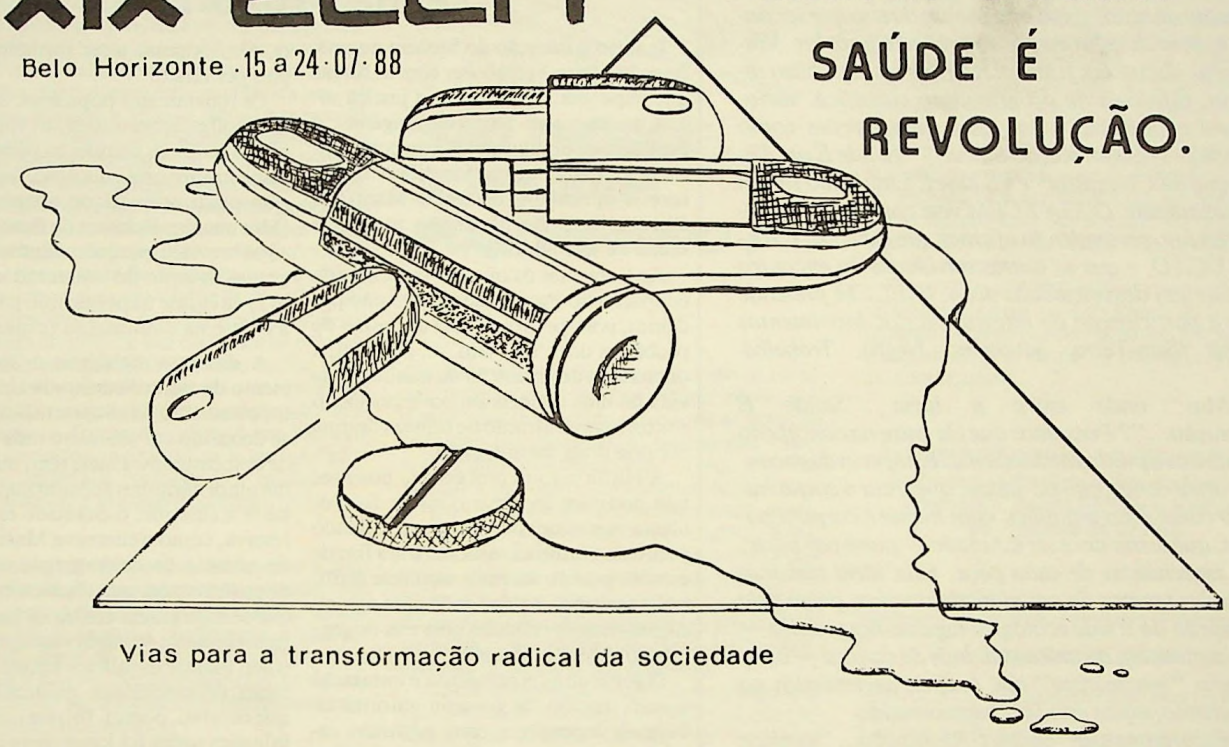
CENTRO ACADÊMICO SARMENTO LEITE

JUNHO/JULHO • 1988 • Nº 3

## XIX ECEM

Belo Horizonte · 15 a 24 · 07 · 88

AMÉRICA LATINA:
SAÚDE É
REVOLUÇÃO.



Vias para a transformação radical da sociedade

## NESTA EDIÇÃO

- **TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO MÉDICO: UMA LUTA**
- *HOMENAGEM A UM REVOLUCIONÁRIO: CHE*
- **SAÚDE DO TRABALHADOR**
- *O NEGRO E A ABOLIÇÃO*
- **HOLISMO E SAÚDE**
- *A DETERIORAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO BRASILEIRO*
- **A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS EM SAÚDE**
- **LIBERDADE**
- *CULTURA*

## Editorial

*Esta Edição do "BITURI" foi especialmente preparada para a realização do XIX Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM — Belo Horizonte — 15 a 24 de julho 1988, com o objetivo de levantar a discussão sobre o tema central do encontro: "América Latina: Saúde É Revolução — Vias para a Transformação Radical da Sociedade. É, sem dúvida, um tema que pelo próprio título provoca conflitos e discussão (já tivemos tal amostra no EREM de Santa Maria, 28 a 30 de maio).*

*Nos ECEMs anteriores, o tema central abarcava a questão da saúde relacionada com direito que se conquista, com transformação social e luta popular. Viu-se que as discussões ficaram restritas a um público reduzido, diferente da programação científica, sócio-cultural e turística. Além disso, proposições como "Saúde É Transformação Social", "Saúde É um Direito que SE Conquista" e "Saúde É Luta" não foram levadas adiante. O XIX ECEM vem com uma proposta diferente, pretendendo afirmar que SAÚDE É REVOLUÇÃO, e que as outras atividades do encontro não estejam desvinculadas disto. O ECEM pretende abrir à participação de integrantes dos Movimentos Sociais (Sem-Terra, Mulheres, Negro, Trabalhador).*

*Mas onde entra a idéia "Saúde É Revolução..."? Pensamos que ela entre na concepção de uma nova prática de Medicina. Esta, vem de encontro à atual concepção de Saúde, que trata o corpo humano como uma máquina, com mente e corpo separados, que assim deve ser estudado — parte por parte, com especialistas de cada peça. Esta idéia remonta ainda dos tempos da antigüidade clássica, passa pela concepção da tríade ecológica (agente-hospedeiro — meio ambiente), da unicausalidade da doença — o paradigma "mecanicista" que acabou hegemônico no capitalismo, e por este foi comprometido.*

*Esperamos que "Saúde É Revolução..." venha a resgatar a idéia de que Saúde é um todo, dentro de uma concepção sistêmica; a Saúde como fenômeno multidimensional, envolvendo fatores físicos, psicológicos e sociais, interdependentes; que trate o ser humano como um todo, e, importante, com respeito.*

*"Saúde É Revolução..." entra para combater métodos reformistas, do tipo SUDS. É uma mudança de postura e de comportamento. Para conseguirmos chegar àquela idéia de Saúde como um sistema, devemos mexer necessariamente nas estruturas da ideologia dominante — na política econômica em si. Deve ser questionado o fato da coexistência de um setor privado e um setor público na área de Saúde, que leva a acessibilidade econômica diferenciada à Saúde (com raras exceções, não a nível estrutural e sim pessoal de prestação de serviços nesta área). Portanto, Saúde para quem pode pagar.*

*Apostamos em um grande ECEM, que consiga, enfim, refletir as mudanças que se fazem necessárias. Você não pode viver socialisticamente num país capitalista, mas tem que ter idéia de que sempre há a outra opção Deve-se ter claro que não é um ECEM que vai mudar tudo, mas você tem que ter idéia...*

**COMISSÃO EDITORIAL**
**SEC. IMPRENSA**

# Movimento sem teto: autoritarismo e deterioração da qualidade de vida

## Parte I História

Ignorar a inserção do homem no processo histórico é colaborar com as forças que impedem a mudança e a justiça social, porque sem História apagamos a memória da dominação e, sem consciência dela, não podemos identificar opressores e oprimidos, como diz Manfredo Oliveira "... não há sujeito puro sem mundo e sem História".

Ao tratarmos da questão específica da ocupação no Parque dos Maias não podemos, pois, perder de vista a questão do problema dos "sem teto" e, também, a questão da deterioração da qualidade de vida de uma maioria do povo brasileiro contra a concentração de riqueza de uma minoria deste mesmo povo.

A História é um processo e, por isso, não podemos localizar o início do problema que estudamos num determinado ponto da História brasileira. Para fins de estudo, porém, faremos um corte artificial e usaremos o golpe de 64 para organizarmos nossas reflexões sobre as origens do problema em questão.

O golpe de 64 representou a instalação de um modelo de governo autoritário-burguês-dependente com evidentes características anti-operárias e anti-populares. Devido ao rumo que vinham tomando os movimentos populares no governo de João Goulart em termos de organização, a classe dominante brasileira aliada à burguesia internacional e com a participação decisiva dos Militares instalou a ditadura. Juntamente com a necessidade de "resolver" os problemas da conjuntura interna havia apesar muito na decisão do Golpe a necessidade de adaptar o país à nova fase do capitalismo, a fase monopolista, ou seja, a internacionalização do capital através das chamadas Empresas Multinacionais. Estas empresas dão o devido suporte para que o capital se internacionalize. E foi assim que a alta burguesia nacional aliada ao capitalismo internacional instalou no Brasil o modelo da economia dependente. O país passa a ser formalmente um país periférico.

Os movimentos populares, as greves e as manifestações estudantis foram silenciados, entre os grandes movimentos que trabalhavam pela educação das massas e pela politização restou apenas o MEB (Movimentos Eclesiais de Base). O MEB só sobreviveu porque adaptou seu programa ao gosto do conservadorismo. Isto é, da ênfase na politização passou para a ênfase na doutrinação religiosa.

A ditadura viabilizou o aprofundamento da estratificação social e, portanto, o aumento da concentração da riqueza deixando em seu rastro uma multidão de despossuídos. Estes, têm, num esquema autoritário-burguês um papel importante a cumprir: o chamado exército de reserva, como o chamava Marx. O grande número de desempregados ficava à disposição para substituir os empregaos que se insurgissem contra os baixos salários. Garantia-se dupla vantagem aos patrões: manter os salários baixos e a população desmobilizada politicamente. O que ocorreu, porém, foi que o sistema de injustiça social foi longe demais e deu-se o fenômeno da inchação das cidades com as populações tão miseráveis que o mercado de trabalho não tinha condições de absorver nem como exército de reserva.

As massas humanas excluídas não são amorfas. Ao mesmo tempo em que se entregam à passividade em conseqüência do trabalho exercido pela ideologia dominante, há um movimento dialético onde alguns grupos tomam a iniciativa de fazer algo para sobreviver, como os fenômenos do tipo ocupações de terras ou habitações. Estão a surgir e desenvolver-se rapidamente organizações rudimentares, mas um claro sinal que estão a passar para a contra-ofensiva, contando para isso com apoio de algumas entidades como o MEB, sindicatos e centrais sindicais, associações de moradores e outros.

**Nice Pellanda e Carmen Solari**

**FESTA DA MEDICINA**

FESTA DA MEDICINA UFRGS
RENDA PRÓ-ECEM
DIA 10 DE JULHO
DOMINGO
22h30min

Local: CROCODILO'S
Cz$ 250,00

Biblioteca
FAMED/HCPA



# Saúde, trabalho e a prática médica

A atual prática médica brasileira, a exemplo do que é feito em outros países, costuma ter uma abordagem do paciente onde esse é visto com um ser sujeito à agressões do meio ambiente ou de possíveis agentes patogênicos. Em conseqüência de um equilíbrio possível entre esses dois fatores e o indivíduo teremos a condição de saúde e de doença. É a famosa interpretação de Leavell & Clark onde todos os fatores estão em um mesmo nível de importância não sendo possível definir a priori algum tipo de hierarquia entre eles.

Assim, a relação do indivíduo com o seu trabalho ou, dito de outra forma, a sua inserção no processo produtivo é vista apenas como mais um "fator de risco" a ser considerado. O fato de alguém ter a sua vida reduzida à trabalhar diariamente em uma fábrica por, no mínimo, 9 horas e 35 min, como é o caso da maioria da classe trabalhadora brasileira que tem acesso ao mercado de trabalho formal, realizando uma atividade monótona, repetitiva, sob pressão e estímulo patronal para manter a produção, absolutamente desinteressante e alienada e da qual foi retirado qualquer tipo de componente de criatividade é encarado apenas como mais um "fator de risco". O paciente que entra no consultório é na maioria das vezes despido de sua classe social e de sua atividade ocupacional. Quando muito lhe é perguntado sobre e seu trabalho no sentido de identificar uma possível intoxicação ou é tentada alguma forma de definir a sua faixa de renda como forma de localizá-lo em uma imaginária sociedade formada por estratos sociais, onde seria possível a ascenção (ou o descenso).

Até hoje não foi possível incorporar a conceituação de classe social que compreende o paciente como oriundo de uma sociedade dividida em classes opostas e conflitantes, a qual determina, antes de mais nada, as formas de adoecer e morrer. No caso da medicina do trabalho não se dá de forma diferente e ainda existem alguns agravantes.

Esta área de intervenção da prática médica, diferentemente da atividade tipicamente liberal, onde o médico estabelece uma relação individual com seu paciente na qual, em geral, deve prestar satisfação apenas a esse paciente, é um setor profundamente subordinado a interesses imediatos que tem a ver com a produção e a acumulação de capital. Evidentemente, a prática liberal, também, não está totalmente isenta de algum grau de subordinação como é o caso da "pressão" que muitas vezes os médicos recebem em relação ao controle do absenteísmo.

Mas na prática da medicina do trabalho, no entanto, as pressões são muito mais facilmente exercidas e as limitações são muito mais claramente explicitadas, na medida em que a legislação determina a obrigatoriedade do médico do trabalho dentro da empresa mas ao mesmo tempo o subordina economicamente como mais um empregado dessa mesma empresa, sujeito, portanto, a mesma instabilidade de qualquer trabalhador assalariado desse país.

Nesse momento, boa parte do conhecimento produzido nessa área e a própria intervenção dos profissionais do setor tem se pautado por uma perspectiva que Amélia Cohn chama de formação da "consciência culposa" que é um processo ideológico de responsabilizar, centralmente o trabalhador pelo que acontece com sua saúde dentro dos ambientes de trabalho e de inculcar-lhe essa concepção através

**NÃO TROQUE SUA SAÚDE POR DINHEIRO !**

das mais variadas formas como são os cartazes "educativos" do tipo "Papai não se acidente" ou "é proibido introduzir as mãos na máquina em movimento" ou, ainda, "Não use ferramentas defeituosas" como se o trabalhador brasileiro, com o desemprego crônico e o FGTS a ameaçar-lhe permanentemente, pudesse, individualmente, negar-se a trabalhar com ferramentas defeituosas ou, o que é pior, pudesse de alguma forma evitar os ritmos alucinantes em que é colocado nas linhas de produção em série ou as longas jornadas de trabalho conseqüentes das horas-extras obrigatórias na maioria das empresas.

Novas abordagens sobre essas questões tem sido desenvolvidas como as de Christophe Dejours, Ana Cristina Laurell, Ivar Oddone e Alain Wisner, apenas para citar os mais recentes, onde o trabalhador não é encarado, compulsoriamente, como o responsável único pelo que acontece mas, no seu devido papel, que é o de alguém que precisa vender a sua força de trabalho para viver e que acaba sendo vítima de um processo de trabalho cruel ao qual só lhe resta a possibilidade de "adaptar-se" mesmo às custas de sua saúde ou de sua vida.

Dentro da Disciplina "Saúde do Trabalhador" temos procurado trabalhar dentro dessas concepções, apesar das limitações impostas pelo semestre precoce e super-inflacionado de atividades didáticas. Essa, também, é a orientação que norteia as atividades do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Medicina do Trabalho.

Nesse momento o Hospital de Clínicas de Porto Alegre prepara-se para abrir as portas do primeiro serviço no sul do país voltado diretamente à identificação e tratamento das patologias oriundas nos ambientes de trabalho. Será um ambulatório de doenças do trabalho onde deverão ser atendidos não apenas os indivíduos acometidos das chamadas doenças profissionais mas, todos aqueles que tiverem doenças de alguma forma relacionadas com as condições da atividade ocupacional. Será um serviço voltado, também, ao ensino sob responsabilidade do Dep. de Medicina Preventiva e permitirá uma aproximação maior do universo das doenças do trabalho, através da pesquisa, totalmente sub-registradas no nosso país.

Esperamos que esse serviço possa servir de referência na área no Rio Grande do Sul propiciando uma atividade e produtora de conhecimentos a partir de novas concepções como as citadas acima.

**ÁLVARO ROBERTO CRESPO MERLO**
***Professor do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho da UFRGS.***

**BIBLIOGRAFIA CITADA**

*DEJOURS, C.* A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho, *São Paulo, Cortez/Oboré, 1987.*
*COHN, A. e outros,* Acidentes do trabalho: uma forma de violência, *São Paulo, CEDEC/Brasiliense, 1985.*
*LAURELL, A. A saúde doença como processo social in NUNES, E. (org.)* Medicina Social: aspectos históricos e teóricos, *São Paulo, Global, 1983.*
*ODDONE, I. e outros,* Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde, *São Paulo, Hucitec, 1986.*
*WISNER, A.* Por dentro do trabalho: ergonomia — Método e técnica, *São Paulo, FTD/Oboré, 1987.*

## *Quem é o estudante de medicina?*

É um cara branco, da nova pequena burguesia e que não precisa garantir o seu sustento.

Os motivos que o levaram a escolher o curso foram: vocação, poder curar, trabalhar com pessoas, exercitar a sua inteligência, profissão liberal e até falta de opções.

Os pais são médicos, mas ele diz que não sofreu influências familiares.

Faz um monte de atividades extra-curriculares porque está insatisfeito com o currículo e quer complementar sua formação.

Acha que a população necessita de médicos gerais, mas vai ser especialista.

Depois que entrou na faculdade, ficou desiludido e viu que a teoria está dissociada da prática, as aulas são principalmente teóricas e expositivas, os professores são autoritários e paternalistas. Ou seja, o ensino está distanciado da realidade. Viu que vai precisar fazer residência e pós-graduação, porque o curso não é suficiente.

Dá uma nota de 4,5 para à sua faculdade.

Este cara surgiu de uma pesquisa que VOCÊ ajudou a responder. Com isto, pretendemos ajudar a questionar este currículo que está aí.

Você também faz parte disto. Venha discutir conosco!

Pretendemos expor os resultados no bar da Med. Fique atento....

**Rosaura, Pacy, Lúcia, Cristiane e Sandra (5º SEM)**

# NÃO É COMIGO

"Esta é a história sobre quatro pessoas: Todo Mundo, Alguém, Qualquer Um e Ninguém.

Havia um importante trabalho a ser feito e Todo Mundo tinha certeza que Alguém o faria.

Qualquer Um poderia tê-lo feito, mas Ninguém o fez.

Alguém zangou-se porque era um trabalho para Todo Mundo.

Todo mundo pensou que Qualquer Um poderia fazê-lo, mas Ninguém imaginou que Todo Mundo deixasse de fazê-lo.

Ao final, Todo Mundo culpou Alguém quando Ninguém fez o que Qualquer Um poderia ter feito".

Este pequeno texto de autor desconhecido ilustra uma atitude muito comum da maioria das pessoas com relação aos muitos problemas que enfrentamos em nossa vida diária, dentre eles os problemas ambientais. Trata-se daquela atitude passiva da maioria, ante tantos atentados à qualidade de nossas vidas. Com a velha e esfarrapada desculpa de que isto não é comigo, eu não sou responsável por isto, a maioria permanece numa indiferença assustadora. Mesmo pessoas com um bom nível de consciência se exime de qualquer ação, embora concordem e até proclamem a necessidade de medidas urgentes. Medidas que obviamente devem ser tomadas por terceiros. Se formos analisar profundamente este comportamento, veremos que ele se reproduz mesmo nas esferas mais simples das próprias relações pessoais. Quantas pessoas não conseguem resolver com maturidade suas dificuldades existenciais mais comums e ficam, às vezes, uma vida inteira esperando que alguém resolva seu problema, mesmo que tenham que padecer toda uma existência. São pessoas que agem sempre como se fossem eternas vítimas das circunstâncias e não pessoas capazes de paulatinamente assumirem os encargos e o governo de suas vidas conscientes de que que são os únicos capazes de dar um novo sentido a sua vida. Quantos não se queixam da falta de compreensão, de justiça e de amor nas suas existência, e não começam, eles próprios, um processo de auto renovação e de doação para a vida. O despertar desta consciência autoresponsável atenta aos desafios que a vida nos trás, leva imediatamente ao rompimento desta atitude passiva para uma postura responsável para com a vida que se manifesta ao nosso redor. Este processo renovador faz com que o indivíduo passe a se sentir responsável, não apenas por tudo que ameaça a qualidade de vida em torno de si, e o motiva para uma mobilização em defesa desta qualidade contra todas as ameaças que afligem. Este fenômeno, além de gerar muita satisfação pessoal em função da consciência de estar sendo útil e ativo, atua como fermento disseminador desta atitude madura em relação à vida. Ao invés dos eternos coitadinhos oprimidos à espera de um herói salvador, irá surgir pessoas amadurecidas e dispostas a lutar por grandes causas cotidianas, aonde o mais imortante é a determinação pessoal de resolvê-la. Cremos que à medida que mais pessoas rompam com esta passividade descompromissada, e passem a se sentir responsáveis pelos rumos da vida no planeta e se mobilizem para buscar as soluções que os processos de transformação, que já se percebem aqui e ali, multiplicam-se de tal maneira que construir-se-á uma nova relação entre os homens e com a natureza. No entanto, vale ressaltar que esta transformação é cada dia mais urgente, pois o ritmo de destruição ainda é veloz. É hora de cada um responder ao chamamento, que a vida nos dá constantemente, e partir de vez para as mudanças que se fazem necessárias urgentemente.

**ARNO KAYSER**
*Agrônomo e Ecologista*
*Coordenação do Movimento Roessler Para Defesa Ambiental (Movimento Ecológico de Novo Hamburgo)*

**05/06/88 DIA INTERNACIONAL DO MEIO AMBIENTE**

# *Holismo e saúde*

Nos últimos trezentos anos, em nossa cultura, adotou-se a concepção do corpo humano como uma máquina, a ser analisada em termos de suas partes. A mente e o corpo estão separados, a doença é vista como um mau funcionamento de mecanismos biológicos, e a saúde é definida como a ausência de doença. Esta concepção agora está sendo lentamente eclipsada por uma concepção holística e ecológica do mundo, que não considera o universo como uma máquina, mas sim como um sistema vivo; essa nova concepção enfatiza a inter-relação e interdependência essenciais de todos fenômenos e procura entender a natureza não só em termos de estruturas fundamentais, mas também em função de processos dinâmicos subjacentes. Diríamos que a concepção sistêmica dos organismos vivos pode fornecer a base ideal para uma nova abordagem da saúde e da assistência à saúde, que é inteiramente compatível com o novo paradigma, e mergulha suas raízes em nossa herança cultural. A concepção sistêmica de saúde é profundamente ecológica e, assim, está em harmonia com a tradição hipocrática em que se apóia a medicina ocidental. É uma concepção que se assenta em noções científicas e se expressa em termos de conceitos e símbolos que são parte de nossa linguagem cotidiana. Ao mesmo tempo, a nova estrutura leva em consideração, naturalmente, as dimensões espirituais da saúde; está, pois, em harmonia com as concepções de muitas tradições espirituais.

O pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo. Enquanto a maioria das definições, incluindo algumas recentes propostas por seguidores da corrente holística, descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, o conceito sistêmico de saúde subentende atividade e mudanças contínuas, refletindo a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais. Como a condição de uma pessoa depende sempre, em alto grau, de seu ambiente natural e social, não pode haver um nível absoluto de saúde que seja independente desse ambiente. As mudanças contínuas do organismo de uma pessoa em relação às variações ambietais incluirão naturalmente fases temporárias de saúde precária, sendo muitas vezes impossível traçar uma linha divisória nítida entre saúde e doença.

A saúde é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. A representação de saúde e doença como extremos opostos de algo contínuo e unidimensional é muito enganadora. A doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva ou por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar. Por outro lado, problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar do bom estado físico. Essas múltiplas dimensões da saúde afetam-se, de um modo geral, mutuamente; a sensação de estar saudável ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e integradas. A experiência de doença, do ponto de vista sistêmico, resulta de modelos de desordem que podem se manifestar em vários níveis do organismo, assim como nas várias interações entre o organismo e os sistemas mais vastos em que está inserido. Uma importante característica de abordagem sistêmica é a noção de ordem estratificada, envolvendo níveis de diferentes complexidades, tanto no âmbito dos organismos individuais, quanto no de sistemas sociais e ecológicos. Assim, a concepção sistêmica de saúde pode ser aplicada a diferentes níveis de sistemas, com os correspondentes níveis de saúde mutuamente interligados. Podemos discernir, em especial, três níveis interdependentes de saúde: o individual, o social e o ecológico. O que não é saudável para o indivíduo tampouco é saudável, geralmente, para a sociedade e para o ecossistema global.

Essas concepções de saúde e doença subetendem um certo número de diretrizes para a assistência à saúde e possibilitam que se esboce a estrutura básica para a nova abordagem holística. A assistência à saúde consistirá em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais. Significará pessoas cuidando de sua própria saúde, como indivíduos ou sociedade com a ajuda de terapeutas. Essa espécie de assistência à saúde não pode ser simplesmente "fornecida", ela tem que ser praticada.

**Autor: Fritjof Capra**
***De: O Ponto de Mutação***

# A transformação do ensino médico: um desafio permanente

Desde 1986 estamos desenvolvendo uma luta constante pela transformação do Ensino Médico. Tudo começou com a apresentação, em maio de 86, no I Encontro Regional de Estudantes de Medicina em Florianópolis, de uma visão crítica e a proposta de Transformação, em suas linhas estratégicas, do Ensino Médico Brasileiro. Esta apresentação foi condensada em um artigo publicado no BISTURI especial de julho de 86 ("A Transformação do Ensino Médico: Concepções Estratégicas"). Este serviu de referência durante o "Curso sobre Ensino Médico" ministrado por mim, e terminou sendo aprovado como proposta nacional dos Estudantes de Medicina na Assembléia Final do XVII ECEM de Fortaleza. Ainda em 86, tal proposta foi desenvolvida e apresentada no CONEEM de Florianópolis durante o Congresso da ABEM — Associação Brasileira de Educação Médica e no próprio Congresso, em reunião paralela com 80 alunos e professores. Além disso, foi apresentado em Seminários nas Faculdades de Medicina de Campo Grande — MS e Cuiabá — MT, no mês de outubro.

Em janeiro de 87, no CONEEM de Teresópolis, discutimos e aprovamos o segundo texto sobre Ensino ("O perfil concreto da proposta de Transformação do Ensino Médico") o qual explicita operacionalmente nossa proposição. Em maio de 87, no CONEEM de Curitiba discutimos em grupos-oficina a compreensão da proposta e levantamos questões e proposições para avançar sua operacionalização. Em 13 de maio de 1987 realizamos nosso Primeiro Dia Nacional de Luta pela Transformação do Ensino Médico. Em princípios de junho, no I EREM da Regional Nordeste II da DENEM em João Pessoa, PB foi apresentado o terceiro texto — "Nossas Tarefas imediatas para a Transformação do Ensino Médico", o qual foi aprovado naquele Fórum Regional.

Em junho de 1987, editamos o Jornal do XVIII ECEM de Campinas, obra conjunto da DENEM e da Comissão Organizadora do Encontro. Naquele jornal publicamos os três textos, aprovados pela Assembléia Final do ECEM de Campinas. Em 28 de outubro de 1987, realizados nosso "II Dia Nacional de Luta pela Transformação do Ensino Médico e em defesa da Residência Médica" em conjunto com a Associação Nacional de Médicos Residentes.

No I CLAEEM (Congresso Latino Americano de Entidades Estudantis de Medicina), em janeiro de 88 em Porto Alegre, tivemos a oportunidade de entender a dimensão global dos problemas que afetam o Ensino Médico e sua natureza ligada aos interesses econômicos e políticos do imperialismo, norte — americano em particular.

Em abril de 88, realizamos, em Botucatu — SP, um novo CONEEM que discutiu a questão do Ensino Médico, determinando quatro medidas de excepcional transcendência em nossa luta:

1) Lutar de maneira efetiva para que, nos processos de Reforma Curricular, que estão sendo realizados em inúmeras Escolas de Medicina, garantam-se as linhas estragégicas delineadas nos textos 1 e 2 através da operacionalização dos pontos previstos no texto 3 "Nossas Tarefas...", aprofundando o estudo das realidades particulares de cada Escola.

2) A realidade particular de cada Escola e seu lugar no conjunto nacional das Escolas Médicas, deverá ser analisado a) através de relatório proposto para o CLAEEM; b) através da aplicação do instrumento para avaliação do perfil do corpo discente encaminhado pela DENEM como parte do projeto Educação Médica nas Américas; c) aplicação dos instrumentos para avaliação dos pontos considerados de estrangulamento do EM (ensino das Emergências, Medicina Preventiva e Social, currículo paralelo, cirurgia e internato rural, saúde mental); d) desenvolvimento de um projeto de avaliação permanente do Ensino dentro dos moldes gerais propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS no seu projeto "Análise Prospectiva da Educação Médica"

3) Desenvolvimento, no Brasil, de currículos experimentais paralelos aos currículos tradicionais em cinco Escolas Médicas, aplicando a íntegra de nossa proposta de Transformação, buscando criar uma massa crítica de alunos e professores, reestruturando espaços acadêmicos e de assistência, e influenciando os currículos tradcionais dentro das lutas propostas na medida 1. Inicialmente as Escolas visadas foram Botucatu, UNICAMP, João Pessoa, Cuiabá e UFRGS em Porto Alegre, sendo que esta última deverá ser substituída por Santa Maria. Pretende-se desenvolver uma Seminário de apresentação e discussão da proposta, a partir daí desenvolver estudos operacionais até dezembro de 88. O ano de 89 seria dedicado ao treinamento de docentes e preparação de material didático e áreras de aprendizado. A primeira turma estaria prevista para 1990;

4) Criação do Centro de Estudos e Pesquisas em Ensino Médicos — CEPEM, órgão associado à DENEM e à CLAEEM — Coordenadora Latino Americana de Entidades Estudantis de Medicina, que funcionará como centro de documentação e estudos, de edição de uma revista especializada e como centro de coordenação dos currículos paralelos a serem criados. Já iniciamos entendimentos com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre para apoiar e sediar tal centro, funcionando a partir de agosto de 1988.

Biblioteca
FAMED/HCPA

A iniciativa dos currículosparalelos e do CEPEM tenta se beneficiar dos contatos feitos em março com a OPS em Brasília — inclusive com o Dr. José Roberto Ferreira — chefe da Divisão de Recursos Humanos e Pesquisas da OPS, em junho com o Dr.Charles Boelen, da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OMS em Genebra — Suíça.

Temos assim avançado em um projeto sério e profundo de Transformação do Ensino Médico Brasileiro, cabendo ao conjunto do movimento estudantil de medicina tomar a si a tarefa de transformar este sonho em realidade, não apenas porque trarás uma melhora substantiva ao padrão do Ensino Médico Nacional, mas também porque influenciará decisivamente o padrão assistencial, fazendo frente às reais e imensas necessidades de nossa população.

**ARMANDO DE NEGRI FILHO**
***PRESIDENTE DA DENEM***
***COORDENAÇÃO DA CLAEEM***

# A transformação do ensino médico: concepções estratégicas

Biblioteca
FAMED/HCPA

Falar em proposta de transformação curricular significa, necessariamente, falar da visão que os estudantes possuem deste processo, pois somos os únicos que temos uma visão concreta e vivida da realidade de nossos cursos. No entanto, necessitamos construir uma percepção científica e universalizante dos problemas e soluções para o Ensino Médico.

## O marco conceitual

Tendo como referência estes aspectos preliminares, cabe iniciarmos nossa análise pela discussão do marco conceitual. Abordaremos o marco conceitual implícito que caracteriza o currículo atual. Entendendo desde logo que o marco conceitual é o conjunto de normas e princípios, amalgamados por uma definição estrutural-ideológica, que rege a organização e o comportamento institucional e por extensão os indivíduos que fazem parte de tais instituições.

O marco conceitual da educação médica atual baseia-se em princípios neopositivistas que, ao afirmarem a supremacia da "ciência", em realidade, afirmam a supremacia das "ciências duras" (matemática, física, química e biologia) e de seu método de abordagem da realidade. Essa abordagem é limitada e artificial, pois é expressa pela Teoria de Sistemas, onde uma determinada parte do objeto de estudo é isolada, com as entradas e saídas desse sistema artificial sendo também artificialmente definidas e controladas. Se, por um lado, tal método provocou inequívocos avanços nas ciências duras (haja vista os avanços na física nuclear), quando se utiliza o mesmo método nas ciências sociais ou no campo do social, nós reduzimos a complexidade das estruturas dinâmicas e sociais a meras estruturas mecânicas com respostas automáticas. A medicina se insere no social na medida em que seu objeto de estudo é o ser humano, entendido em toda a sua complexidade.

Contudo, o que observamos no meio médico são as grosseiras interpretações da realidade, que expressam o mecanicismo e o determinismo neodarwinistas, quando tentam caracterizar os conflitos sociais. Tudo isto induz a medicina ao exercício de uma técnica descontextualizada socialmente, sobre um organismo descontextualizado física, psíquica, social. cultural e politicamente.

O marco conceitual atual obedece a lógica da acumulação do capital, onde o lucro é o fim e os meios se orientam de forma a aumentá-lo. A ciência se tornou escrava do capital. Assim os estudantes de medicina formam seu tristemente famoso caráter, olhando o mundo de cima e julgando-se onipotentes quando são apenas fantoches dos determinantes estruturais de nossa sociedade. A alienação do trabalho médico é conseqüência natural dessa abordagem da medicina, onde médico e paciente são descontextualizados e transformados em núcleos de relação mecânica e social. Dessa maneira o marco conceitual hoje existente não interpreta uma dada realidade, ele cria uma "realidade" quem reflete os interesses da classe dominante.

Na perspectiva do marco teórico que teremos de construir, para viabilizar um novo ensino médico, é fundamental estabelecermos desde logo de que lado, na luta de classes, nós nos posicionamos. Pois é no compromisso com a luta pela transformação social que nós afirmamos a característica central do novo médico a ser formado.

Se a ideologia predominante hoje aponta a descontextualização, a alienação e o uso de uma metodologia inadequada na abordagem dos problemas sociais, queremos antepor a ela um marco teórico explícito que usando os recursos das ciências sociais (epidemiologia social) nos dê a percepção do ensino e da prática médica como um exercício social que contribua concretamente na resolução estrutural dos problemas de saúde do conjunto da população. Temos que assumir que nosso objetivo é erradicar a doença e preserva a saúde, não nos acomodando aos "números aceitáveis", mas perseguindo dinamicamente um ideal sempre em evolução. Um marco conceitual assim concebido irá orientar toda a estrutura curricular a ser proposta. Com este marco estaremos interpretando a realidade social como ela é, a realidade que definirá a própria essência do exercício social da medicina.

## O grau de estruturação curricular

Os currículos atuais se caracterizam por uma estruturação excessiva, onde todos os espaços são ocupados ou obstruídos. O currículo não pode ser individualizado nem permite variações opcionais, é um sistema disciplinar rigidamente ordenado e definido. Dentro de um sistema de ensino de massas, onde a relação professor-aluno não possui um caráter pessoal. O aluno quase não tem responsabilidade concretas ao longo do curso, é um espectador, com a simulação — característica do ensino médico — atingindo o seu máximo. Os internatos são a única parte do curso que, eventualmente, designam responsabilidades, o que tem ocasionado uma hipertrofia do internato em várias escolas, posto que é o período em que há um melhor aprendizado, pois há maior responsabilidade. O aumento do tempo de internato é uma solução equivocada, um paliativo. Temos que mudar tudo que está mal concebido.

Quando falamos na estrutura de nossa proposta curricular, na verdade negamos dialeticamente toda estrutura. Queremos, sim, uma desestruturação curricular que permita que a relação professor-aluno-paciente-comunidade seja o centro do processo ensino-aprendizagem. E a volta de uma espécie de tutorado, reforçado pelo trinômio sistema formativo transdisciplinaridade-responsabilidade coletiva (como veremos adiante).

Um currículo desestruturado permitirá a formação personalizada, explorando o potencial de cada um e deixando tempo livre para assumirem tarefas sociais e contribuírem dinamicamente na resolução das eventuais falhas do sistema de ensino — o que é uma responsabilidade coletiva, pois a formação de cada um passa a ser a responsabilidade de todos.

## O problema da ordenação do conhecimento: o cerne da proposta curricular

O conhecimento médico explodiu após a Segunda Guerra Mundial, atingindo um ritmo avassalador e reforçando a crença nos especialistas, pois se tornou impossível um médico saber de tudo em todas as áreas da Medicina. Tal crença atingiu o ensino médico fazendo com que os professores, que são especialistas, não tenham critérios para definir o que é importante ser ensinado nem em que profundidade, tendo em vista a formação de médicos "lato sensu" e não precoces pseudo-especialistas.

Tal confusão se reforça no sistema curricular por disciplinas que vigoram em nossas escolas médicas: uma série de disciplinas autônomas sob o domínio de departamentos autônomos que não interagem nem obedecem a um esforço ordenado de formação profissional. O conhecimento de cada disciplina não interagem com as demais. Os conhecimentos, desnecessários em parte, e mal transmitidos, não são aplicados e por isso se perdem. Conhecimentos que não correspondem a habilidades não se tornam nem perenes nem práticos.

Na dimensão que hoje alcançaram a ciência e a tecnologia houve uma hipertrofia do conhecimento por si só, o qual se tornou auto-suficiente na medida em que os critérios para o desenvolvimento científico passam prioritariamente pelos interesses políticos e financeiros da classe dominante.

Desse modo a massa hipertrofiada de conhecimentos técnicos se interpõe entre o paciente, o aluno e o professor, tornando a relação médico-paciente algo distante e impessoal, mediada pelo aparato tecnológico. A relação professor-aluno é definida como autoritária e com uma direção preponderante (unilateral). O paciente visto através do prisma tecnológico é apresentado com um ser unidimensional, um organismo biológico sem identidade social em que se insere. Realidade essa complexa e multifatorial.

Ao aplicarmos a epidemiologia social, a qual, baseada no materialismo histórico e dialético, nos permite interpretar a realidade social concreta, nós provocamos um corte radical nesse sistema alienante. O modelo que se forma transforma os conhecimentos técnicos em instrumentos que servem ao homem, o qual é a prioridade, e une aluno, professor e paciente num esforço comum que visa transformar a realidade com base no exercício de uma metodologia engajada.

Não pregamos aqui simplesmente a multidisciplinaridade. Queremos a transdisciplinaridade, onde os conhecimentos se somem para explicar e transformar a realidade, a qual se manifesta por si só. Não mascarar a realidade é nossa primeira necessidade. A interação profissional-comunidade garantirá a transdisciplinaridade, a qual é a concretização de nossa proposta de marco teórico. Fazer a realidade invadir os espaçosda prática médica, com suas necessidades de respostas, seus antagonismos, contradições e anseios de transformação. O ensino precisa se dar onde está a realidade e não se esconder atrás de instituições sofisticadas ou do pedantismo profissional. É da relação direta ensino-realidade que surgirão as soluções mais efetivas para a saúde-doença nesse país.

O ensino através de situação-problema é pois a forma de internalizarmos a realidade. Mais do que isto, é necessário destruir o sistema disciplinar estanque de ensino. Devemos partir para um modelo mais barato e eficiente: o sistema de saúde-escola, onde superaremos propostas limitadas como a integração do ciclo-básico com o profissional, a integração docente-assistencial e a educação médica continuada que hoje servem como remendos aos graves problemas de nossa educação médica.

## De que se constitui tal proposta?

Basicamente é a quebra do sistema disciplinar de ensino, onde as integrações são artificiais, substituindo-o por um modelo curricular formativo onde se trabalhe com as potencialidades individuais de cada um, através de pequenos grupos e instrutores fixos, altamente qualificados. A formação aprimorada de cada um dos membros do grupo é responsabilidade coletiva. O estudante entra desde logo no atendimento de complexidade primária, atinge o nível secundário e chega após ao nível terciário. Nesse processo o estudante toma contato com a realidade sanitária concreta do nosso País. Aprende a identificar o normal — o saudável — e a preservá-lo, ao mesmo tempo em que se torna capaz de diagnosticar e tratar as patologias mais freqüentes em nosso meio. Assim procura exercer na prática o que deve caracterizar um sistema integrado de saúde, administrando e planejando o campo da saúde, fazendo de fato a referência e a contra-referência.

Nessa mesma progressão trabalhamos o estudante para que ele aprenda-a-aprender, ensinamos a ele o método para construir cientificamente o pensamento diagnóstico fazendo a análise crítica do conhecimento e da prática médica. Por outro lado apontamos ao estudante o método epidemiológico social para que possa analisar e intervir na realidade. O conhecimento das ciências básicas se faz ao longo do curso de maneira integrada, respondendo às necessidades de cada situação-problema que surja, as quais certamente corresponderão aos problemas mais comuns que irão surgir no cotidiano da sua prática futura. Desse modo, cada situação-problema será analisada com contribuição de todos os conhecimentos básicos (por exemplo, a pneumonia será analisada desde o ponto de vista anatômico, histológico, fisiopatológico etc.,) até alcançar o plano clínico (incluindo o diagnóstico, a terapêutica e a recuperação). É a integração básico-clínico por excelência.

Contestamos assim um modelo tradicionalmente imposto, a espiral de Bruder, cujo esquema prevê a repetição dos conteúdos em diferentes graus de conhecimento. O que propomos é a ampliação constante dos conhecimentos com base nas necessidades ditadas pela realidade (situações-problema), nos diferentes níveis de complexidade dos serviços.

Um programa básico deverá ser cumprido, definindo conhecimentos e habilidades a serem alcançados, complementando assim a casuística vivenciada pelo aluno. Desde o início o aluno terá responsabilidades específicas (a responsabilidade do fazer), será um membro da equipe de saúde e seu trabalho será essencial, sendo que a supervisão deverá se fazer sem limitar a ação do aluno. Durante todo o período haverá uma progressão em termos do geral (a comunidade, a sociedade), passando pelo particular (a família, o trabalho) atingindo específico (o indivíduo), mas nunca perdendo a dimensão do geral, que é a nossa garantia de não alienarmos o trabalho médico e a relação médico-paciente.

Nosso objeto de trabalho já não são células ou um organismo isolado, é o homem em sua comunidade, é a sociedade. Procuramos a definição de um novo padrão assistencial em saúde, que conteste o atual modelo em que o ensino é desvalorizado e a assistência é desqualificada.

Para desenvolvermos tal sistema de ensino é necessário formarmos um novo intelectual, entre professores e alunos, que tenha como perspectiva a transformação, é o intelectual transformador de Gramsci. Este irá contestar as categorias intelectuais hoje infelizmente majoritárias: o intelectual crítico mas imóvels e o intelectual adaptado (o camaleão, o puxa-saco).

Nesse plano temos que contestar a posição romântica e positivista do humanismo médico, a qual deverá ser substituída pelo profissional humanitário com sólida formação metodológica no campo do social e politicamente engajado na transformação da sociedade. Só assim romperemos um dos aspectos mais opressivos da relação professor-aluno: o sistema de avaliação. Ao definirmos o sistema de avaliação como um momento de consolidação do aprendizado e cobertura das eventuais falhas ou deficiências, estaremos rompendo o tradicional modelo de recompensa-castigo e tornaremos o momento da avaliação um momento de responsabilidade coletiva pelo bom desempenho de todos. O professor, a estrutura de ensino e seu alcance e eficácia enquanto serviço deverão ser permanente avaliados. O aluno deverá ser incentivado a avaliar diariamente o processo do seu ensino-aprendizado, o Mesmo fazendo o professor. A observação do desempenho técnico e social deverá ser o referencial de avaliação, devendo ser aberta e permanentemente discutida pelos alunos, professores, técnicos e comunidade. Os critérios de progressão e formação serão os parâmetros utilizados. Não será admissível nesse modelo professores ausentes, relapsos ou defasados. A responsabilidade é igualmente dividida entre professores e alunos.

O aprendizado será então um processo dinâmico, permanentemente ajustado. Romperemos a insegurança, o individualismo, o egocentrismo que caracterizam a formação e o exercício médicos, e afirmaremos a responsabilidade coletiva, a solidariedade e a segurança grupal enquanto marcos de uma nova prática médica, de cunho profundamente social.

## Como estabeleceremos tal modelo?

A única maneira é provocarmos um processo de mobilização política em nossas faculdades, universidades e comunidades com base em uma proposta unificada nacionalmente e que combine excelência técnica com engajamento social. Portanto, nossa luta é bastanteampla, começando no plano institucional das faculdades e alcançando a própria estrutura do Sistema Nacional de Saúde e do mercado de trabalho.

Nosso primeiro passo é consolidarmos nosso marco conceitual e adotarmos o modelo de formação progressiva com o fim do alienante sistema disciplinar.

Não podemos aceitar reformas de cunho reformista, nos engajando desde logo nas transformações curriculares profundas. Disciplinas isoladas, mesmo as de cunho social, não conseguem combater as tendências alienantes dos atuais currículo a outro deverá ser marcado pelo profundo impacto de uma mobilização de nosso projeto transformador.

CARTAS

## *Ensino Público a Perigo*

*O governo cortou a URP para os funcionários e professores reduziu as verbas para as Universidades e proibiu a contratação de novos funcionários.*

*No início da década de 60, a educação consumia cerca de 12% do Orçamento da União. Hoje, este índice está reduzido para 4%. O ataque do governo no início do ano, em decreto, foi o golpe de misericórdia para uma crise que já se arrasta a anos.*

*A proibição da contratação de professores impede que várias Universidades possam ter sua carga horária completa. Em Santa Catarina, sete mil dos sessenta e nove mil pedidos de matrícula foram rejeitados. Além disso, há casos de professores que foram aposentados e não serão, de forma alguma, substituídos. Em algumas Universidades, por sua vez, existe a possibilidade de faltar dinheiro para o pagamento das contas de luz e água, criando uma situação insustentável.*

*Mas tudo esse processo não se dá isolado. Da mesma forma que Sarney aplica uma política de ultra-arrocho aos trabalhadores para cortar gastos, torna-se uma necessidade imperiosa a solapada sobre o Ensino Público. Por isso é que estes ataques redobrados de intensidade com o Ministro Hugo Napoleão —ele foi nomeado justamente para ser novo colaborador na aplicação dos ditames do FMI. Por aí, foi mais além, e postulou-se como testa-de-ferro dos proprietários das escolas particulares, aos quais brindou com o Decreto que instituiu a "liberdade vigiada", permitindo o aumento dos preços das mensalidades sem qualquer índice regulador. Ou seja, o projeto global é acabar com as Escolas públicas e construir Escolas particulares rentáveis, para liberar o Estado das suas obrigações com a Educação.*

*Mas, logo que os estudantes de Escolas privadas olharam os carnês e viram os até 600% de aumento, não esperaram um minuto e saíram à luta contra o decreto. Em todo o país houve uma reação conjunta. EM SP, realizaram-se atos com cerca de 15.000 estudantes. E, na culminação dessa saída às ruas, o Governo recuou, retirando o decreto. Desta forma obteve-se uma vitória parcial.*

*Esse episódio, bem como todas as vitórias que aconteceram contra a escalada da privatização (acelerada na década de 70), nos demonstram que só os estudantes lutando poderão impedir o avanço do novo adversário Napoleão.*

*Portanto, colegas, arregacemos as manguinhas porque aí vem chumbo — se deixarmo-nos levar, o próximo semestre já iniciará com novas taxas abusivas e novos planos escalabrosos, o que significa mais estudantes fora das Escolas.*

**VÂNIA GOBETTI — ATM 93/2**

# Negro: Abolição lenta, gradual e relativa

As relações sócio-raciais no Brasil dividem-se em dois grandes períodos: mercantil escravocata e burguês capitalista. A história dos trabalhadores brasileiros é precedida por séculos de resistência ativa de negros e índios contra o colonialismo escravocata branco. Devido ao racismo dos historiadores a serviço das classes dominantes, tais fatos não se incluem nos livros escolares. Aos negros e oprimidos cabe reformular e revisar nossa historiografia oficial distorcida e alienada.

Como a chamada abolição da escravatura teve a função apenas de livrar os grandes proprietários do peso que era no momento o grande número de escravos para a decadência da aristocracia, o negro, depois dela, permaneceu na marginalidade do processo sócio-econômico.

## E A ESCRAVIDÃO CONTINUA

O negro é racialmente discriminado e socialmente oprimido. A questão social é um lado da moeda, o outro é a questão racial. Numa sociedade competitiva, a discriminação racial serve justamente para manter a divisão entre pobres e ricos. O negro dentro dela permanece com funções semelhantes às que tinha durante a escravidão, e para subir na vida precisa perder sua identidade racial e tornar-se um branco. Ao negar-se a existência da discriminação racial, de preconceito de cor e da especificidade de uma luta de libertação do negro, priva-se uma imensa maioria da população brasileira do entendimento e da resolução de seus próprios conflitos. Antes de um brasileiro, há um ser humano oprimido, racialmente inferiorizado, semelhante a um escravo, pela herança escrava.

Da libertação dos escravos às migalhas sociais voltadas ao povo brasileiro, conclui-se que a pregação de liberdade e democracia feita atualmente esconde interesses burgueses e não atinge o negro enquanto segmento social oprimido portador de valores humanos e culturais ligados às suas raízes históricas. O desmascaramento da farsa da democracia racial brasileira serve, no momen, para que se inicie junto à comunidade negra um debate legítimo sobre a estruturação sócio-racial do país. O fundo real do problema não é tocado quando são denunciados fatos como a ausência dos negros dos quadros superiores das Forças Armadas, nas Universidades e altos escalões político-partidários. Denunciar o racismo é acima de tudo denunciar a exploração, a opressão e as contradições sociais em que vivemos. Além da comunidade negra e mestiça constituir a grande maioria do povo brasileiro, é ela que mais sofre com os prejuízos sociais e políticos do capitalismo brasileiro. As estatísticas estão aí para omitir estas verdades.

### *"Abolição 100 anos depois com autoritarismo"*

O desenvolvimento acelerado e a modernização do Brasil foram acompanhados, nos últimos quatroze anos, pelo agravamento dos conflitos sociais. De um lado, a monopolização da economia e o autoritarismo político; do outro, a miséria, as doenças, a mortalidade infantil e o analfabetismo. O debate negro sobre cem anos de abolição confunde-se com uma profunda crise do regime burguês autoritário brasileiro. A concentração e mecanização das propriedades rurais determina o êxodo rural e o conseqüente aumento da marginalização nas cidades. Além do mais, a farsa política que vive o país na atualidade tem no negro apenas mais um componente da platéia de quase cento ve trinta milhões de observadores desatentos e, às vezes, grevistas que lutam por melhores condições de vida, ainda que sob proibições.

A presença do negro no Brasil, por si só determina sua importância em quaisquer opções do povo brasileiro. A consciência da discriminação racial deve levar a comunidade negra ao debate sobre o atual momento histórico em que vivemos: a importância histórica dos cem anos de abolição é a conquista política do protesto negro brasileiro e a consciência do papel que desempenha o mito da democracia racial na legitimação da dominação.

SE ELA FAZ EU DESFAÇO
A TREZE DE MAIO
FICA DECRETADO
LUTO OFICIAL NA
COMUNIDADE NEGRA
E SERÃO VISTOS
COM MAUS OLHOS
AQUELES QUE COMEMORAREM
FESTIVAMENTE
ESSE TREZE INÚTIL
E FICA O LEMBRETE
LIBERDADE SE TOMA
NÃO SE RECEBE
DIGNIDADE SE ADQUIRE
NÃO SE CONCEDE

# Che Guevara: uma homenagem aos 60 anos de nascimento

Ernesto Guevara de la Serra, imortalizado como "Che" Gue vara. Argentino que se tornou cidadão Latino-americano, nascido em Rosário em 14 de junho de 1928 e assassinado em La Higuera — Bolívia em outubro de 1967. Acima do mito "Che", encontramos um homem que "atua como pensa" e que teve um papel fundamental como homem de ação revolucionária, mas sobretudo como um revolucionário que aportou uma face profundamente humana ao socialismo, reivindicando a criação de um homem novo, motivado por um profundo compromisso coletivo, sensível aos sofrimentos de toda a humanidade e por ela lutando sem descanso. Guevara afirmou em seu texto "O Médico Revolucionário" — : "...vale milhões de vezes mais a vida de um só ser humano, de que todas as propriedades do homem mais rico da terra". Aí cristalizou a sua moral de revolucionário, outra vez destacada e decantada na carta que deixou aos seus filhos, quando partiu para a Bolívia: "... e sobretudo sejam capazes de sentir no mais profundo toda injustiça cometida contra qualquer pessoa, em qualquer parte do mundo. Esta é a qualidade mais linda de um revolucionário."

Nos 60 anos de seu nascimento homenageamos o homem Guevara, fonte de inspiração em atos e pensamentos para jovens de todo mundo, e reproduzindo um poema que escreveu quando ainda estava no México antes de embarcar no "Granma" rumo à Revolução Cubana. Um poema que une a determinação política com um sentimento humano profundo. Após lê-lo talvez sintamos essa vontade de gritar como as crianças em Cuba: "Queremos ser como el Che"!

## A Velha Maria

"Aconteceu que nos primeiros dias de casados, Ernesto estava muito preocupado com uma doente do Hospital, a qual chamava de Velha Maria. Muito comovido contou que o seu estado era muito grave, uma asma aguda; era tal o seu interesse pela doente que cheguei a sentir ciúmes dela porque ele a tinha presente todo o tempo: pela manhã se apressava em ver a Velha Maria; quando chegava comentava o estado da Velha Maria, e a cada momento, ainda que de noite, ia ao Hospital para vê-la.

Até que um certo dia, com muita pena me disse que a Velha Maria possivelmente não passaria daquela noite, de modo que foi ao Hospital para estar próximo ao seu leito, vigiando-a para fazer todo o possível para salvá-la. Aquela noite ela morreu, afogada pela asma. Ao dar-me a notícia me contou que era uma velhinha muito pobre, que somente tinha uma filha e três ou quatro netos; que toda sua vida fora lavadeira, sem ter tido alguém que a apoiasse; uma vida triste e dura, desde que nasceu até a sua morte. Para Ernesto ela era algo assim como a representante, o vivo retrato da classe mais esquecida e mais explorada. Estava profundamente comovido enquanto me relatava isso, porém eu não saberia até que ponto tinha deixado marcas nele esta tragédia, a não ser depois que ele partiu no "Granma" e me deixou sua valise onde guardava seu caderno de poemas. Um deles estava dedicado à Velha Maria e continha a promessa de lutar para fazer um outro Mundo mais justo para todos os pobres e explorados".

**HILDA GALDEA**

Velha Maria, vais morrer
quero te falar serlamente:

Tua vida foi um rosário completo de agonias
não houve homem amado, nem saúde, nem dinheiro,
apenas a Fome para ser compartilhada:
Quero falar da tua esperança,
das três distintas esperanças
que tua Filha fabricou sem saber como.

Toma esta mão de homem que parece de criança
nas tuas polidas pelo sabão amarelo,
Esfrega teus calos duros e teus nós puros
na suave vergonha de minhas mãos de médico.

Biblioteca
FAMED/HCPA

Escuta avó proletária:
Acredita no homem que chega,
Acredita no futuro que nunca verás.

Nem rezes ao deus inclemente
que durante toda uma vida mentiu tua esperança
Nem peças clemência à Morte,
para ver crescer tuas caricias pardas;

Os céus são surdos e em ti manda a obscuridade;
Sobretudo terás uma vermelha vingança,
Te juro pela exata dimensão de meus ideais,
Teus netos todos viverão a aurora,
Morre em paz, Velha lutadora.

Vais morrer, Velha Maria;
Trinta projetos de mortalha
Dirão adeus com o olhar,
O dia desses em que te fores.

Vais morrer, Velha Maria,
Ficarão mudas as paredes da sala
Quando a morte se conjugar com a asma
E copular seu amor em tua garganta.

Essas três caricias construídas de bronze
(a única luz que alivia tua noite),
esses três netos vestidos de fome
Sentirão saudades dos nós desses velhos dedos
onde sempre encontravam algum sorriso.
Isto será tudo, Velha Maria.

Tua vida foi um rosário de magras agonias,
Não houve homem amado, saúde, alegria,
Apenas a fome para ser compartiLhada,
Tua vida foi triste, Velha Maria.

Quando o anúncio do descanso eterno,
turvar a dor de tuas pupilas,
quando tuas mãos de perpétuo esfregar
absorverem a última ingênua caricia
pensa neles... e chora,
pobre Velha Maria.

Não, não o faças!
Não rezes ao deus indolente
Que toda uma vida mentiu tua esperança
Nem peças clemência à morte,
Tua vida foi horrivelmente vestida de fome,
Acaba vestida de asma.

Porém quero Te anunciar
com a voz baixa e viril das Esperanças
a mais vermelha e viril das vinganças
Quero jurá-la pela exata
Dimensão dos meus ideais.

Toma esta mão de homem que parece de criança
Entre as tuas polidas pelo sabão amarelo,
Esfrega os calos duros e os nós puros
Na suave vergonha de minhas mãos de Médico.

Descanse em paz, Velha Maria,
Descanse em paz, Velha Lutadora,
Teus netos todos viverão a Aurora,
Te juro.

ERNESTO GUEVARA

+ Nota e poema extraídos do livro de Hilda Gadea — "Che Guevara, Anos Decisivos".
Redação e tradução:

*Armando de Negri Filho*
*10.º Semestre*

# A distribuição dos recursos em saúde

Se pretendemos analisar a má distribuição dos recursos humanos no setor de saúde de um país ou continente, antes faz-se necessário compreender a natureza da situação deficiente que existe e tal setor e averiguar o porquê da mesma. É imprescindível, pois, situá-la dentro do contexto dos parâmetros que determinam o subdesenvolvimento e explicar como é esta distribuição, já que esta segue e é paralela à distribuição da maior parte dos recursos nos países subdesenvolvidos. Na verdade, procurei desenvolver a tese de que a distribuição atual dos recursos citados à fruto dos mesmos fatores que determinam o subdesenvolvimento da América Latina.

A bibliografia sobre a Saúde e os serviços desta área é rica em descrições, porém, pobre em críticas. A maioria delas carecem de uma explicação analítia do porque a saúde e os serviços sanitários são subdesenvolvidos. E isto não é, de forma alguma, acidental. Reflete, outrossim, o que chamamos "o efeito tranqüilizante da investigação social", bastante forte na década de sessenta, caracterizando o domínio do empirismo, ou da ideologia empírica e pragmática, pregadora de um método, o qual considera o instrumento "não ideológico" e "livre de valores" para a distribuição dos recursos. Assim, na análise, estudo E aplicação da planificação da distribuição dos recursos humanos do setor saúde, a maior importância se dava aos aspectos metodológicos, sem analisar nem pôr em dúvida as estruturas sociais, econômicas e políticas que determinam e condicionam tal subdesenvolvimento.

Rostow em "The Stages of Economic Growth", popularizou a teoria das "etapas de crescimento", segundo a qual o desenvolvimento é o processo em virtude do qual um país troca suas características em cinco etapas ou fases, sendo principal a terceira fase, que se caracteriza pela rapidez do índice de investimento e crescimento. O desenvolvimento, pois, consiste na transformação de um tipo — o subdesenvolvido — em outro — o desenvolvido. Como conseqüência desta interpretação, se espera que os países subdesenvolvidos sigam um modelo que contenha as características dos desenvolvidos. Dentro desta idéia existem principalmente dois agentes determinantes do processo de desenvolvimento. O primeiro é a difusão de valores (empresariais) das metrópoles às sociedades subdesenvolvidas. O desenvolvimento, portanto, concebe-se como um fenômeno de adoção da cultura de uma sociedade por parte de outra e a difusão de valores institucionais e de organização, junto com a transmissão de habilidades, conhecimento e tecnologia dos países desenvolvidos aos que estão em vias de desenvolvimento. O segundo agente é a difusão de capital. Os países subdesenvolvidos são pobres porque carecem de capital para investimento e, por conseqüência, não podem se desenvolver e escapar de sua pobreza. Para o desenvolvimento dos países pobres, é então necessário que os mais ricos difundam capital naqueles, estimulando com isso seu desenvolvimento econômico.

Mas, diriam alguns, e o setor Saúde com isso?

Bem, se examinarmos o tipo de morbidade que predomina na população latino americana (i.e., enfermidades infecciosas e desnutrição) e a efetividade comparativa das distintas atividades sanitárias encaminhadas a combate esta morbidade, parece-nos que deveria dar-se muito mais prioridade aos serviços ambientais e preventivos em lugar de aos curativos, especialmente aos hospitalares. Por sua vez, isto não faz mais que reforçar a má distribuição dos recursos segundo o tipo de assistência, já que copia ao pé da letra o consumo de recursos sanitários próprios das sociedades desenvolvidas. Isto é devido a que os meios de produção e o consumo no setor sanitário são controlados pela lumpenburguesia. Com esta palavra, referimo-nos aos grupos sociais das sociedades subdesenvolvidas que controlam a maior parte da riqueza do país. Esta, deseja receber o mesmo tipo de assistência que recebe a população dos países desenvolvidos. Vemos, pois, que o capital que poderia ser destinado a fim de cumprir as pautas de consumo da lumpenburguesia, estimuladas por um "sistema de valores" que enfoca a criação de uma sociedade de consumo com níveis de vida altíssimos. Isto reflete-se na distribuição dos recursos de saúde. Esta, faz-se por região, classe social, tipo de financiamento e tipo de assistência.

Concluindo, a grande desigualdade que a AL apresenta na distribuição dos recursos humanos do setor saúde é sintoma da má distribuição dos recursos humanos do setor Saúde é sintoma da má distribuição que se faz aos distintos setores da economia o que se deve à dependência econômica e cultural de tal continente e ao fato de que uma lumpenburguesia com vínculos estrangeiros controla a distribuição dos recursos econômicos e sociais (incluindo os de saúde), nestes países. No mundo subdesenvolvido é necessário uma sociedade equalitária se quer-se distribuir eqüitativamente os recursos humanos do setor Saúde. É necessário acabar com a dependência econômica e cultural que estamos submetidos mudar a situação de controle político-econômico em mãos da lumpenburguesia. A persistência dessa distribuição do poder — causa principal da má distribuição — não pode ser considerada um obstáculo insuperável. De fato, não há dúvida de que a crescente consciência entre as maiorias oprimidas de que existem outras formas de distribuição de recursos, assim como outras estratégias para produzir a troca, constituirá estímulo e causa inevitáveis do desaparecimento deste obstáculo.

**CLAIDIR LUIS DE PAOLI**
*9.º Semestre*

# LIBERDADE

Sei que é tarefa inútil debater sobre julgamento de valores fundamentais. Por exemplo, se alguém aprova, como objetivo final, a extirpação da raça humana da terra, não pode refutar o ponto de vista em bases racionais. Mas, se há acordo a respeito de certos objetivos e valores, pode-se argumentar racionalmente acerca dos meios pelos quais os objetivos podem ser alcançados. Vamos, portanto, indicar dois objetivos com os quais quase todos os que lêem estas linhas poderão concordar.

1. Os bens instrumentais que deveriam servir para manter a vida e a saúde de todos os seres humanos deveriam ser produzidos com o mínimo de esforço possível.

2. A satisfação das necessidades físicas é, de fato, pré-condição indispensável para uma existência satisfatória, mas não basta por si só. Para ficar satisfeito, o homem deve também ter a possibilidade de desenvolver seus poderes intelectuais e artísticos, na medida que corresponda a suas características e habilidades pessoais.

O primeiro desses objetivos exige a promoção de todo o conhecimento relativo às leis da Natureza e às leis dos processos sociais, isto é, a promoção de todo o esforço científico é um todo natural, cujas partes mutuamente se apóiam umas nas outras de maneira, a rigor, imprevisível. Contudo, o processo da Ciência pressupõe a possibilidade de expressão e de instrução em todas as áreas do esforço intelectual. Por liberdade entendo condições sociais de tal qualidade que a expressão de opiniões e afirmações sobre assuntos gerais ou particulares do conhecimento não acarretam perigos ou graves desvantagens para quem as faz. Tal liberdade de comunicação é indispensável ao desenvolvimento e à extensão do conhecimento científico, consideração essa de grande importância prática. Em primeiro lugar precisa ser garantida por lei. Mas leis apenas não garantem a liberdade de expressão; para que todos os homens individualmente, deve existir espírito de tolerância na população inteira. Esse ideal de liberdade externas jamais pode ser completamente atingido, a não ser pela busca incessante, a fim de que o pensamento científico e o pensamento filosófico, em geral, possam avançar o mais possível.

Se queremos nos assegurar do segundo objetivo, isto é, da possibilidade do desenvolvimento espiritual de todos os indivíduos, temos de reconhecer a necessidade de um outro tipo de liberdade externa. Para suprir as necessidades da vida, o homem não deveria ter de trabalhar a tal ponto que não lhe sobrasse mais tempo nem forças para atividades pessoais. Sem este segundo tipo de liberdade externa, a liberdade de expressão lhe é inútil. Os avanços da tecnologia poderiam fornecer a possibilidade desse tipo de liberdade, se o problema de uma divisão racional do trabalho fosse solucionado.

O desenvolvimento da Ciência e das atividades criadoras do espírito em geral requer ainda outro tipo de liberdade, que não pode ser caracterizado como liberdade interior. É aquela liberdade de espírito que consiste no pensamento livre das restrições dos preconceitos sociais e autoritários, assim como livre de hábitos e processos rotineiros, em geral sem base filosófica. Essa liberdade interior é um raro dom da natureza e um objetivo digno de ser conquistado pelo indivíduo. No entanto, a comunidade também pode contribuir decididamente para acelerar essa conquista, pelo menos ao não interferir em seu desenvolvimento. Assim, as Escolas podem prejudicar o desenvolvimento da liberdade interior através de influências autoritárias e através da imposição, ao jovem, de cargas espirituais; por outro lado, as Escolas podem favorecer essa liberdade ao encorajar o pensamento independente. Só quando a liberdade exterior e a interior forem constantemente conquistadas, haverá a possibilidade de desenvolvimento espiritual e de perfeição e, assim, de melhorar a vida interior e exterior do homem.

Pensamentos Políticos — 1879 a 1955

**ALBERT EISTEIN**

Biblioteca
FAMED/HCPA



Cultura

## Quadrinhos

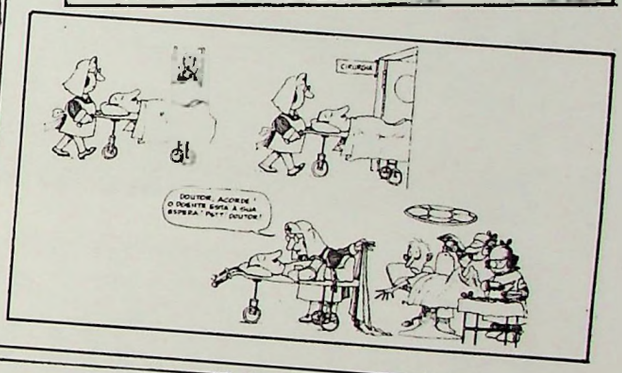
# PRA TI

A primeira impressão
É a expressão do coração
É a reação independente
Que transgride as burocracias da mente

Traz a presença
Do fator imprevisto
Da premissa básica do instinto
Da supressão da palavra
Pelo recurso pele
Pelo olhar que fere fundo
As fendas de cicatrizes deixadas
E que avançam
Num processo de metaplasia protetora
Que enrijece as relações
Por mais que se insista
Em manter
As comportas abertas
Para que não cessem
Os sentimentos radicais

Amorais (como o amor)
Anormais (pela condicionada retração)
Imortais (quando se deixa nascer)
Que fundamentam
A minha loucura maior
O meu ideal utópico
De estar intensamente vivo
E querer renascer no instante seguinte.

**JONAS KRISCHKE SEBASTIANY** ***ATM 91/2***



**EXPEDIENTE**

SECRETARIA DE IMPRENSA
MARSAL LERNER e LUIS FELIPE BERDICHEVSKI (3º SEM) LUCIA PELLANDA (5º SEM)

Agradecimentos ao Marcos (o diagramador) e ao Heleno, pela força.

O roteiro não muda nunca: vários jovens estudando o ano inteiro, até que chega o vestibular. Nervosismo. Torcida. Alguns passam, outros não. É sempre assim.

Só que quem determina quem passa e quem não passa não é o destino: é o próprio protagonista. Sendo bem orientado, ele garante seu final feliz.

O Unificado participa desta história há mais de 10 anos. E seu papel é sempre o mesmo: revisar todas as matérias, além de incentivar a cultura, o esporte, o conhecimento geral e a amizade. Por incrível que pareça, estas coisas também ajudam a passar.

Se você já viu este filme, recomende a seus amigos.

Se não viu, não tem problema. Ele nunca sai de cartaz. E o Unificado nunca deixa de cumprir o seu papel.

unificado

*O curso que você merece, com os professores que você conhece*

Av. Alberto Bins, 467. Fones: 24-6955 e 21-6158.

# Laboratório Knijnik

## Agorà também na Cel. Bordini, 48 Fone: 43-7377

**Corpo Técnico**

**HEMATOLOGIA:**
— Dr. Cláudio Braga de Souza - crf 1087
— Dra. Maiara Mendes dos Santos - crf 2781
— Dra. Sandra Pinto Duarte - crf 1232

**BIOQUÍMICA:**
— Dra. Denise Maciel - crf 3459
— Dra. Elizabeth Ozio de Oliveira - crf 3324
— Dr. Renato Nesralla Mattar - crf 1952

**RADIOIMUNOENSAIO:**
— Dr. Francisco Lhullier - crf 1335
— Dra. Ligia Crosseti - crf 2946

**BACTERIOLOGIA IMUNOLOGIA:**
— Dra. Denise Cunha Pereira - crf 3164
— Dra. Maria Helena Blankenheim - crf 1688
— Dra. Rosemery Prokopp Hautrive - crf 3220

**MICOLOGIA:**
— Dra. Joice Valenti - crf 1666

**DIREÇÃO:**
— Dr. Alceu Knijnik - cremers 6753

RE 5087

laboratório knijnik Analises Clinicas

Pça. Dom Feliciano, 78 L. 107 - F.: 21-7388
Uruguai, 299 - 6.º andar - F.: 26-2733
24 de Outubro, 658 - F.: 22-2425

TECNOLOGIA E TALENTO A SERVIÇO DA VIDA.