

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DO MEIO AMBIENTE**

MARCELO DOS SANTOS HADDAD

**RESPONSABILIDADE PENAL MÉDICA:
UMA PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO**

**VOLTA REDONDA
2015**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DO MEIO AMBIENTE**

**RESPONSABILIDADE PENAL MÉDICA:
UMA PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aluno: Marcelo dos Santos Haddad.

Orientador: Prof. Dr. Adilson Pereira.

**VOLTA REDONDA
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

H126r Haddad, Marcelo dos Santos.
Responsabilidade penal médica: uma proposta de atualização. /
Marcelo dos Santos Haddad. - Volta Redonda: UniFOA, 2015.

104 p. : Il

Orientador(a): Adilson Pereira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2015.

1. Responsabilidade penal - dissertação. 2. Responsabilidade penal
médica - ementa. I. Pereira, Adilson. II. Centro Universitário de
Volta Redonda. III. Título.

CDD – 345.04

FOLHA DE APROVAÇÃO

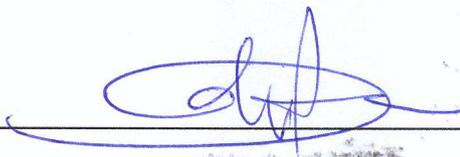
Aluno: Marcelo dos Santos Haddad

RESPONSABILIDADE PENAL MÉDICA: UMA PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO

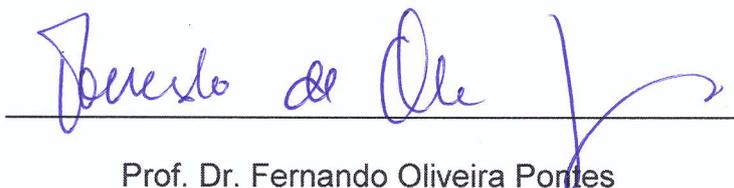
Orientador:

Prof. Dr. Adilson Pereira

Banca Examinadora



Prof. Dr. Adilson Pereira



Prof. Dr. Fernando Oliveira Pontes



Profa. Dra. Maria da Conceição Vinciprova Fonseca

DEDICATÓRIA

A Remus e Mozart Haddad, queridos pai e tio que, em sua infinita sabedoria me ensinaram que “o saber não ocupa lugar e o conhecimento é poder”.

AGRADECIMENTOS

A Neide Haddad, esposa dedicada, por sua compreensão nos momentos de nossa ausência obrigatória e pela prestimosa contribuição na revisão ortográfica do presente trabalho.

A Adilson Pereira, abnegado orientador que soube nos conduzir com maestria pelos meandros da pesquisa científica. E finalmente ao Grande Arquiteto do Universo pela dádiva de nossa existência nessa jornada terrestre.

RESUMO

O médico em suas atividades profissionais pode incorrer em quatro tipos de responsabilidade: penal, civil, administrativa e ética. A presente pesquisa analisou a responsabilidade penal. Segundo Guelhenu (2012), embora o número atual de médicos sentenciados penalmente seja irrisório, vê-se que as mudanças que estão ocorrendo no mundo da saúde tornam importante o seu cuidado. Especificamente, na grade do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA foi encontrada uma disciplina denominada de Medicina Legal, que em seu conteúdo aborda superficialmente o tema. Estabeleceu-se a fundamentação teórica do que é crime e os tipos de crimes mais cometidos na atividade médica. Foram buscadas as teorias mais recentes sobre currículo e formação médica ao mesmo tempo em que se procurou uma fundamentação pedagógica para este novo contexto. A metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica, buscando, de um lado, o ferramental teórico do Direito Penal e de outro uma análise na formação médica no Brasil e, mais especificamente, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Das análises produzidas, como produto da pesquisa, oferece-se uma ementa para uma disciplina denominada Responsabilidade Penal para Médicos, que seria inserida no curso de medicina do UniFOA.

Palavras-chave: Responsabilidade Penal, Curso de Medicina, Ementa de Responsabilidade Penal Médica.

ABSTRACT

The doctor in their professional activities may incur four types of liability: criminal, civil, administrative and ethics. This research analyzed the criminal liability. Second, GUELHENU (2012), although the current number of doctors convicted criminal is whimsy, we see that the changes that are occurring in the health world become important their care. Specifically, the grid of the University Center of Volta Redonda - UniFOA found a discipline called Legal Medicine, which in its content touches on the subject. Established the theoretical basis of what is crime and the types of crimes committed in more medical activity. The latest theories on medical curriculum and training were sought at the same time as it sought a pedagogical basis for this new context. The methodology used was the literature, seeking on the one hand, the theoretical tools of criminal law and the other an analysis of the medical education in Brazil and, more specifically, the Education Programme of the Medical School of the University Center of Volta Redonda - UniFOA. The analyzes produced, resulting from research, offers up a menu for a discipline called Criminal Responsibility for Medical, which would be inserted in the course of UniFOA Medicine.

Key words: Criminal Liability, Medical School, Menu Medical Criminal Responsibility.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	O CRIME E OS SEUS ELEMENTOS	12
2.1	O conceito de Crime	12
2.2	Elementos do Crime	14
2.2.1	O Comportamento Humano como Base da Teoria do Crime	14
2.2.2	Tipicidade e Tipo	17
2.2.3	Tipo e Antijuridicidade: Tipo de Injusto	18
2.3	A Conduta humana como Base da Teoria do Delito.....	19
2.3.1	Ação e Resultado	21
2.3.2	A Omissão	22
2.3.3	Classes de Omissão Penalmente Relevantes.....	23
2.3.4	Delitos Omissivos Próprios.....	25
2.3.5	Delitos de Omissão Imprópria ou de Comissão por Omissão	25
2.3.6	Relação Causal entre a Omissão e o Resultado nos Delitos de Comissão por Omissão	26
2.3.7	O Dever de Evitar o Resultado (Posição de Garante)	26
3	O MÉDICO E O DELITO NA ATUALIDADE	28
3.1	Responsabilidade Ético-Profissional.....	28
3.2	A Responsabilidade Penal – Âmbito Judicial	28
4	A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	42
4.1	Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina	42
4.2	A Influência Pedagógica de Flexner nos Modelos Acadêmicos.....	44
4.3	Modelos Curriculares de Medicina.....	57
4.4	Marco normativo.....	60
4.5	Situação Atual.....	61
5	Fundamentação Pedagógica	64
5.1	As Pessoas como Agentes Ativos	67
5.2	A Dimensão Individual-Social.....	70
5.3	A Natureza do Contexto na Construção do Conhecimento	73
5.4	A Aplicação do Construtivismo.....	74
6	METODOLOGIA.....	78

6.1	Classificação da pesquisa quanto aos objetivos	78
6.2	Classificação da pesquisa quanto aos procedimentos	78
6.3	Considerações acerca do modelo metodológico adotado	78
7	O Curso de Medicina do UniFOA	81
7.1	Histórico do Curso de Medicina	81
8	JUSTIFICATIVA DO PRODUTO	87
9	PRODUTO	90
9.1	Plano de Aula no Formato UniFOA	94
10	CONCLUSÕES	100
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

1 INTRODUÇÃO

Na ordem penal mundial vem aumentando progressivamente as demandas judiciais por presumíveis condutas típicas médicas com resultados lesivos para o paciente e para a população em geral (RODRIGUES, 2007; WEBER, 2012). O atual Código Penal Brasileiro tipifica como delitos, condutas que têm uma especial incidência no âmbito da saúde: homicídio, aborto, lesões corporais e outras. Esta realidade fática e normativa gerou uma preocupação entre os profissionais da medicina, que se traduz na adoção de diversas medidas preventivo-assegurativas: exercício da “medicina defensiva”, abandono de certas especialidades médicas, subscrição maciça de seguros de responsabilidade civil.

Ressalte-se que o profissional da saúde pode cometer um fato tido como crime por sua real vontade, o que é chamado de delito doloso. Contudo, pode haver o cometimento de crime sem que seja a vontade final daquele profissional, são os chamados delitos culposos. É este último o que mais nos interessa.

Além dos delitos culposos, há crimes que são próprios dos profissionais de saúde, tais como omissão de notificação de doença, certidão falsa e outros.

A pesquisa realizada (GUELHENEU, 2012), aliada a nossa experiência de vinte e cinco anos como Delegado de Polícia, nos abalizam a afirmar que no Brasil, até o presente momento, é reduzido o número de condutas capituladas como crime, praticadas por profissionais da saúde, que sejam submetidas à apreciação do Poder Judiciário. Normalmente, elas permanecem no âmbito civil, no plano da responsabilidade civil ou ficam na área da ética. Contudo, muitas das condutas médicas poderiam ser alvo de uma ação penal, uma vez que satisfazem todos os requisitos para tal. Só não o são, porque não há comunicação do fato aos órgãos oficiais (Delegacia ou Ministério Público).

Esta realidade justifica o desenvolvimento do presente trabalho, no qual se analisa e valora a atividade dos profissionais de saúde naqueles casos que possam apresentar relevância jurídico-penal por afetar a vida ou a saúde do paciente e da sociedade, fundamentalmente através de condutas culposas.

O interesse desta investigação se vê acrescido pelos elementos que caracterizam a atividade objeto de análise quando eles enfrentam as tradicionais categorias dogmáticas da teoria do delito. À complexidade técnica da atividade de saúde e à possível influência de múltiplos fatores na produção de um resultado lesivo – paciente, enfermidade, estado do conhecimento, recursos disponíveis – se acrescenta o fato de que a medicina atual exige, por diversas razões, a intervenção de uma pluralidade de profissionais que interagem sucessiva ou simultaneamente com um mesmo paciente ou ato médico. Este fato leva a importantes dificuldades quando se trata de esclarecer a responsabilidade penal por resultados lesivos que cabe a cada um dos profissionais de saúde que colaboram em um mesmo ato médico.

O principal objetivo deste trabalho é elaborar uma ementa de uma disciplina: Responsabilidade Penal do Médico, para que os discentes em formação médica, tenham consciência do risco que correm, no âmbito penal, se não praticarem o seu ofício com a diligência necessária. Para tanto, exige-se, em primeiro lugar, estudar as principais categorias e elementos do delito. Em segundo lugar, aplicar à prática médica ditas categorias com os significados adotados e valorar os resultados que se obtêm. E em terceiro lugar, sintetizar os critérios que proporcionam uma solução mais coerente e mais ajustada aos princípios do Direito penal para resolver os casos problemáticos verificando se há previsão na estrutura curricular do curso de medicina, conteúdo teórico que capacite o aluno a não incorrer em ações e omissões que venham a causar danos aos usuários de saúde e, conseqüentemente a sofrer penalização criminal.

Dessa forma, o produto deste trabalho é a ementa de uma disciplina a ser ensinada no Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, que é a Responsabilidade Penal do Médico. Procurou-se fazê-la dentro dos contextos legais mais atuais, adequando-a ao currículo de medicina. Nesta ementa abarca-se o Direito Penal e Processual Penal, que está relacionado à atividade médica, procurando propiciar o conhecimento de como funciona o sistema penal e quais os cuidados que o profissional de medicina deve ter para não ser responsabilizado penalmente.

A dimensão pedagógica indicada para a fundamentação deste trabalho foi o sócio construtivismo, por acreditarmos que a construção do conhecimento, por parte do aluno não ocorre de forma individual, mas sim de modo sócio interativo, através da interação entre pares. Acreditamos que o modelo construtivista propicia ao estudante o pensar de modo autônomo de forma que entenda significativamente seu mundo. Nesse diapasão, o professor da disciplina deve estruturar experiências distribuídas e situadas, que sejam significativas e que promovam este desenvolvimento.

Assim, fica claro que o importante não é a aprendizagem de um conteúdo, mas o desenvolvimento das estruturas mentais do conhecer e do aprender do aluno. Trata-se não de memorizar conteúdos, mas de se envolver em um processo dinâmico de conhecimento que desenvolva as destrezas cognitivas através de pedagogias de descobrimento e solução de problemas. O objetivo, dentro deste modelo pedagógico, é gerar compreensão, autonomia de pensamento e, conseqüentemente, pessoas criativas. Com a aplicação deste modelo é possível formar profissionais que dominem seu saber disciplinar, que incorporem em si mesmos uma teoria de processos, valores e capacidade crítica.

Este tipo de aprendizagem faz com que a aquisição de competências seja resultado da aprendizagem, não como resultado da consolidação de um maior ou menor saber e capacidade, mas da possibilidade de participação ativa em tarefas coletivas. Não se constrói o conhecimento no isolamento, mas na interação com insumos e relações humanas, com significado compartilhado pelos membros do grupo (BRUNER, 1997).

2 O CRIME E OS SEUS ELEMENTOS

De acordo com Zaffaroni (2007, p. 15) é impossível imaginar uma sociedade sem conflitos, o máximo a que pode aspirar o penalista é imaginar uma sociedade com a maior capacidade possível de resolução de conflitos. A imposição da sanção penal não faz mais do que limitar as formas pelas quais se pode chegar a uma melhor resolução dos conflitos registrados no seio da sociedade.

2.1 O conceito de Crime

A primeira tarefa da teoria geral do crime é dar um conceito de crime, que contenha todas as características comuns que deve ter um fato para ser considerado como crime e ser sancionado com uma pena. Para isto se deve partir do direito penal positivo.

Do ponto de vista jurídico, crime é toda conduta que o legislador sanciona com uma pena, isto é consequência do princípio *nullum crimen sine lege*, que rege o direito penal moderno. Este princípio impede que se considere crime a conduta que não se enquadre nos marcos da lei penal. Este conceito que se dá é formal, e nada diz sobre os elementos que deve ter essa conduta para ser considerada crime. Nas definições que existem em alguns códigos, há elementos que o legislador exige para considerar uma ação ou omissão como crime ou falta, pelo que já não são simples definições formais de crime (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011).

Materialmente falando: “crime é a ação ou omissão que contraria os valores ou interesses do corpo social, exigindo sua proibição com a ameaça de pena” (BITENCOURT, 2013, p. 63).

O legislador quis destacar nessas definições características que lhe pareceram relevantes ao considerar um fato como crime, devendo se tratar de ações ou omissões, dolosas ou culposas e apenadas pela lei. Assim, cabe ao jurista, e a ciência do direito penal, elaborar esse conceito do crime, no qual estão presentes todas as características gerais comuns a todos os crimes em particular.

De acordo com Bittencourt (2013, p. 65), o conceito analítico de crime, que nos vem de Beeling e Von Liszt, continua sendo, em princípio, a espinha dorsal da ciência jurídico-penal.

Para Toledo (1999, p. 54):

Substancialmente, o crime é um fato humano que lesa ou expõe a perigo bem jurídico (jurídico-penal) protegido. Essa definição é, porém, insuficiente para a dogmática penal, que necessita de outra mais analítica, apta a pôr à mostra os aspectos essenciais ou os elementos estruturais do conceito de crime.

Para Guilherme Nucci, no que diz respeito à conceituação analítica de crime, há cinco posições a respeito: a primeira é a teoria bipartida, para quem o crime é o fato típico e antijurídico, sendo que a culpabilidade é meramente o pressuposto de aplicação da pena, defendida por Damásio E. de Jesus, Julio F. Mirabete, dentre outros; a segunda é a quadripartida, para quem o crime é o fato típico, antijurídico, culpável e punível defendida por Basileu Garcia; a terceira é a teoria dos elementos negativos do tipo, onde o crime é o fato típico e culpável, onde a antijuridicidade está inserida no fato típico, defendida por Miguel Reale Jr.; a quarta é teoria constitucionalista do delito, defendida por Luiz Flávio Gomes, para quem o crime é o fato típico, antijurídico e punível, onde a culpabilidade é mero pressuposto de aplicação da pena; e finalmente a teoria tripartida defendida por Bittencourt, Nucci e Greco dentre outros e, considerada majoritária no meio jurídico, concebe o crime como fato típico, antijurídico e culpável (NUCCI, 2011, p. 167-168).

Dentro da teoria tripartida, para que a conduta do médico seja penalmente castigada, devem concorrer três fatores: tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade. Na ausência de qualquer destes elementos, a Justiça Penal está impedida de sancionar o profissional acusado.

O conceito de crime responde a uma dupla perspectiva que se apresenta como um juízo de desvalor que recai sobre um fato e como um juízo de desvalor que se faz sobre o autor desse fato. O primeiro é chamado de antijuridicidade, que é a desaprovação do ato; o segundo é chamado de culpabilidade, que é a atribuição de dito ato a seu autor. Nestas duas categorias, foram distribuídos os diversos componentes do crime. Na primeira, são incluídos: objetos e sujeitos, relação causal e psicológica entre elas e o resultado. Na culpabilidade, as faculdades psíquicas do autor e conhecimento por parte dele do caráter proibido de seu fazer. Ambas as categorias têm uma vertente negativa (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 91).

Esta distinção sistemática tem também um valor prático, por exemplo: para impor uma medida de segurança é suficiente a comissão do fato proibido, antijurídico, ainda que seu autor não seja culpável, contudo, para impor uma pena é necessário que exista a culpabilidade, além de sua antijuridicidade. Não há culpabilidade sem antijuridicidade, ainda que haja tipicidade sem antijuridicidade.

Contudo, nem todo fato típico realizado por um autor culpável é crime. Embora a conduta seja típica (prevista na lei penal) e culpável seu autor, este poderá estar acobertado por uma causa de justificação, como por exemplo, a legítima defesa. Trata-se de uma excludente da ilicitude prevista no artigo 25 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei 2848/40). Assim, a conduta por ele realizada conquanto seja considerada típica e culpável, não é ilícita (antijurídica), eis que praticada sob o manto de uma causa justificante.

Pela teoria tripartida, a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade são as características comuns a todo crime. O ponto de partida é a tipicidade, pois só o fato descrito no tipo legal pode servir de base a posteriores valorações. Segue depois a indagação sobre a antijuridicidade, a comprovação de se o fato típico cometido é ou não conforme o direito. Finalmente, há que se inferir acerca da culpabilidade, ou seja, tendo o agente praticado um fato típico e ilícito, será ele culpável, em outras palavras, capaz de ser imputado penalmente?

Com a constatação positiva destes três elementos, pode-se dizer que existe crime e seu autor pode ser castigado com a pena que a lei prevê em cada caso concreto. Em alguns casos é exigida, para poder qualificar um fato como crime a presença da punibilidade, que é considerada um elemento pertencente à teoria geral do crime.

2.2 Elementos do Crime

2.2.1 O Comportamento Humano como Base da Teoria do Crime

A norma jurídica penal pretende a regulação das relações humanas que resultem em condutas que atinjam bem jurídicos importantes e tem por base a normatização dessas condutas. Dessa forma, partindo da conduta humana como aparece na realidade, a norma seleciona uma parte destes comportamentos que

valora negativamente e a ele comina uma pena. O direito penal é um direito penal de ato e não de autor, já que só a conduta humana traduzida em atos externos pode ser qualificada de crime e motivar uma reação penal (BITENCOURT, 2013, p. 59).

A distinção entre direito penal de ato e direito penal de autor é uma questão sistemática, e fundamentalmente política e ideológica. Só o direito penal baseado no ato cometido pode ser controlado e limitado democraticamente. O direito penal do autor é baseado em qualidades da pessoa pelas quais ela não é responsável, e não podem ser precisadas com toda nitidez nos tipos penais. O direito penal do autor não permite limitar o poder punitivo do Estado e favorece uma concepção totalitária do mesmo (BITENCOURT, 2013, p. 34).

Da concepção do direito penal como direito penal de ato, deduz-se que o pensamento e as ideias nunca poderão constituir crime, tampouco os atos dos animais, nem os fenômenos da natureza.

O conceito de ação é da teoria final da ação, formulada pelo alemão Hans Welzel. Esta surgiu para superar a teoria causal da ação, de Von Liszt e Mezger. Para o causalismo, a ação é conduta humana voluntária, contudo, prescinde do conteúdo da vontade, do fim. O importante para estabelecer o conceito de ação é que o sujeito haja atuado voluntariamente. O que o sujeito quis é irrelevante e seu interesse está no marco da culpabilidade. A teoria causal reduz o conceito de ação a um processo causal, prescindindo por completo da vertente da finalidade. A realidade das ações humanas são processos causais dirigidos a um fim.

Para o causalismo, a finalidade deve ser objeto de valoração no âmbito da culpabilidade. O legislador, quando descreve uma conduta de tipo penal, descreve um processo causal, na medida em que se deriva da realização de uma ação final humana. Logo são acrescentados e valorados outros dados que caracterizam a ação no caso concreto ou que determinam a culpabilidade do autor. Contudo, é a ação final que serve de pressuposto a toda valoração e reação jurídico-penal. O legislador, quando tipifica as ações proibidas, o faz pensando na ação como um processo causal regido pela vontade dirigida a um fim (BITENCOURT, 2013, p. 73).

O que ao penalista interessa é a ação típica que se depreende das leis, que definem os crimes, que é uma ação final. Sem recorrer à finalidade, vontade, não se

pode distinguir a ação humana de matar o outro da morte produzida por um raio. Para distinguir as ações humanas umas das outras, há que recorrer à finalidade, já que só esta pode dar sentido a esse processo causal.

Ao se realizar no exterior, a ação sempre modifica algo, produzindo um resultado. Contudo, este resultado já não é parte integrante da ação. A distinção entre ação, como simples manifestação de vontade, e resultado, como consequência externa derivada da manifestação da vontade, tem grande importância para o direito penal. Por exemplo, o legislador castiga em alguns casos a simples manifestação de vontade; e em outros, o resultado derivado dela. Neste último caso se exige uma relação de causalidade entre a ação e o resultado. Pode ser que o resultado não se produza e que a ação só seja punível a título de tentativa. Para determinar a antijuridicidade do fato são diferenciados o desvalor da ação e o desvalor de resultado. Na teoria do concurso, se distingue quando o resultado foi produzido com uma ou várias ações ou quando uma ação produz vários resultados (MIRABETE, 2013, p. 137).

Nos crimes de resultado entre ação e resultado deve se dar uma relação de causalidade, uma relação que permita a imputação do resultado produzido ao autor da conduta que o causou. A relação de causalidade entre conduta e resultado e a imputação objetiva do resultado ao autor da ação ou omissão que o causou, são o pressuposto mínimo para se exigir uma responsabilidade nos crimes materiais (de resultado).

Para resolver casos complicados foram elaboradas diversas teorias. Entre as duas mais importantes estão a da Equivalência dos Antecedentes causais e a da Causação Adequada. Para a primeira, é causa toda condição de um resultado concreto que, suprimida mentalmente, daria lugar a que esse resultado não se produzisse. Para esta teoria todas as condições do resultado são equivalentes (NUCCI, 2011, p. 235).

Para a Teoria da Adequação, só aquela condição que geralmente é adequada para produzir o resultado é causa em sentido jurídico. Uma ação será adequada para produzir um resultado quando uma pessoa normal pode prever que, em circunstâncias normais, tal resultado se produziria inevitavelmente. Previsibilidade

objetiva e diligência devida são os dois critérios que servem para precisar quando uma ação é adequada para produzir um resultado. Do ponto de vista causal ontológico ou naturalista, toda condição é causa de um resultado em sentido natural ou lógico (NUCCI, 2011, p. 235).

Do ponto de vista jurídico, esta causalidade natural deve ser limitada com ajuda de critérios jurídicos, de forma que o problema causal se converta em um problema jurídico ao ser incluído na categoria do injusto.

Mais recentemente foram propostos outros critérios que servem de base à imputação objetiva, tanto de crime doloso como culposo. Entre estes se encontra o do incremento do risco e o do fim da proteção à norma.

Com o primeiro podem ser resolvidos casos nos quais o resultado foi produzido, ainda que o autor houvesse atuado com a diligência devida. O segundo serve para selecionar casos nos quais, ainda que o autor haja criado ou incrementado um risco que se transforma em um resultado danoso, não procede imputar-lhe este resultado, se não se produz dentro do âmbito de proteção da norma (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 159).

2.2.2 Tipicidade e Tipo

Das categorias mencionadas anteriormente, a mais relevante jurídico-penalmente é a tipicidade, que é a adequação de um fato cometido à descrição que desse fato se faz na lei penal. Pelo princípio da legalidade, só os fatos tipificados na lei penal como crimes podem ser considerados como tais.

Pela Teoria da ação se conclui que o delito surge necessariamente de um ato humano. Por Tipicidade se eleva a primeiro plano o princípio "*nullum crimen sine lege*". Isso significa que a lei determina o delito. A tipicidade expressa, por conseguinte, a ideia de que o campo de aplicação do direito penal não é indefinido nem contínuo, mas que está formado por pequenas zonas circunscritas e independentes entre si, consistidas unicamente, pelos tipos criados expressa e precisamente pelo legislador. É a adequação de uma conduta a uma figura legal. Outrossim, muito embora a ideia da tipicidade seja claramente entendida, mais pela postura positivista do homem de Direito de hoje, não está tão bem compreendido o

outro elemento do delito, a antijuridicidade (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 392).

É o estudo da tipicidade que propiciará, na prática, uma primeira avaliação jurídica do fato, estudando-se os processos da adequação típica e transpondo-se, dessa forma, o patamar naturalístico para o do mundo cultural dos valores éticos, sociais e jurídicos. A partir do momento em que o fato humano enquadra-se no “tipo” adquire o atributo da “tipicidade”, isto é, passa a ter relevância no mundo jurídico-penal.

Da gama de comportamentos antijurídicos que existem, o legislador seleciona os mais intoleráveis e lesivos para os bens jurídicos, e os ameaça com uma pena, descrevendo-os no pressuposto de fato de uma norma penal.

Tipicidade é a qualidade atribuída a um comportamento quando é subsumível no suposto de fato de uma norma penal. Em direito penal, o tipo tem uma tripla função: a primeira, selecionadora dos comportamentos humanos penalmente relevantes; a segunda de garantia, na medida que só os comportamentos subsumíveis nele podem ser sancionados penalmente; a última, motivadora geral. Pela descrição dos comportamentos no tipo penal o legislador indica que comportamentos estão proibidos, e espera que, com a cominação penal contida nos tipos, se abstenham de realizar a conduta proibida (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 394).

2.2.3 Tipo e Antijuridicidade: Tipo de Injusto

O crime considerado como uma adequação de um fato a um tipo, não é suficiente para determinar o delito. É necessária a antijuridicidade, e isto implica entender a mesma essência do Direito, sua razão de ser.

A antijuridicidade é um juízo negativo de valor que recai sobre um comportamento humano e que indica que esse comportamento é contrário às exigências do ordenamento jurídico (BITENCOURT, 2013).

Pelo princípio da legalidade e da segurança e certeza jurídica, só os comportamentos antijurídicos que são típicos podem dar lugar a uma reação jurídico

penal. A tipicidade é um indício de que o comportamento pode ser antijurídico. O tipo e a antijuridicidade são duas categorias distintas da teoria do crime. O tipo pode desempenhar uma função indiciária da antijuridicidade, contudo, não ser identificado com ela.

De fato, ilicitude (ou antijuridicidade) é oposição, contrariedade ao Direito, e é da essência do crime ser um fato que conflita com o ordenamento jurídico. Seria, aliás, absurdo supor-se que um fato pudesse ser criminoso e não contrário ao Direito. Está, pois, no centro do comportamento criminoso o atributo da ilicitude, ou seja, sua lesividade, efetiva ou potencial, a um bem ou interesse jurídico fundamental e, por isso, penalmente tutelado.

Uma vez constatada a ilicitude do fato já se tem não apenas a conduta punível em seu aspecto formal de fato típico, mas o crime em seu aspecto substancial de fato altamente contrário às condições existenciais da sociedade. A avaliação da “tipicidade” é preliminar e o juízo que ali se faz é provisório e formal; a valoração do fato humano, no âmbito da ilicitude, é, todavia, definitiva e material, dando a característica essencial da conduta criminosa, que, a partir daí, ensejará, em princípio, conseqüências jurídicas de punição, medida asseguradora ou, no mínimo, reparação civil do dano “*ex delicto*” (BITTENCOURT, 2013, p. 207).

2.3 A Conduta humana como Base da Teoria do Delito

A conduta humana é o ponto de partida de toda reação jurídico-penal, e é a base da regulação das condutas contidas no ordenamento jurídico. O Direito Penal brasileiro é um direito penal de ato, não de autor e, por fim, lhe interessa, em primeiro lugar, a conduta humana, com independência do caráter ou outras condições pessoais do autor.

O direito penal de ato é o único que pode ser limitado e controlado democraticamente, ao contrário, o direito penal de autor não permite limitar o poder punitivo do Estado e favorece uma concepção totalitária (ZAFFARONI, 2011). É claro que a Constituição Política exclui a persecução penal por fatos que não danifiquem a moral ou a ordem pública, ou que não prejudiquem a terceiros, assim como também determina que ninguém pode ser penalmente imputado se não houver lei anterior e deverá ser em virtude da sentença firme ditada pela autoridade

competente, prévia oportunidade concedida ao indiciado para exercitar sua defesa, mediante a necessária demonstração de culpabilidade.

Para que o direito penal logre cumprir com sua finalidade de limitar o direito punitivo, assim como de guiar os operadores do sistema na interpretação e aplicação dos tipos penais, dentro do marco de um Estado democrático, deve-se assegurar que qualquer pretensão de exercício punitivo, se leve a cabo sobre a base de uma conduta humana voluntária. Desta maneira, a titularidade da conduta para o direito penal só recai na pessoa humana.

Esta última se manifesta no mundo externo, tanto em atos positivos como em omissões, constituindo ambas subformas de comportamento humano. A ação humana penalmente relevante é aquela na qual existe uma conduta exterior evitável dirigida a um fim. Isto significa que toda ação ou omissão, para ser considerada como tal, requer expressar uma finalidade por parte do sujeito que a leva a cabo (a que se exterioriza precisamente através do movimento corporal deste) e não ser um simples movimento alheio à determinação volitiva e cognitiva do ser humano (BITENCOURT, 2013).

O conceito de ação é básico para a teoria do delito, o mesmo que o de omissão. Ambos adquirem importância na medida em que coincidem com um tipo delitivo. É claro então que toda ação requer, para ser considerada como tal, e não ser só um simples movimento fenomênico, contemplar se a lesão infligida a certos bens jurídicos, forma parte de uma só intencionalidade imediata e específica (ZAFFARONI, 2011). Nesse sentido, pode-se afirmar que a ação está composta por um elemento intencional (elemento subjetivo como é conhecido mais usualmente), e um elemento fenomênico (ou objetivo). Para que haja unidade de ação, deve haver unidade entre estes elementos. Desta forma, a ação se constitui em uma categoria da teoria do delito, cumprindo uma dupla função: a) a função limitadora do poder punitivo do Estado, pois não se pode sancionar penalmente aquilo que não seja conduta humana (*nullum crimen sine conduta*); b) a função de gênero vinculante dos termos *tipicidade*, *antijuridicidade* e *culpabilidade* que conduzam à espécie “*delito*”. Adicionalmente, lhe é reconhecida também uma função classificadora (reúne todas as formas de comportamento humano penalmente relevante); uma função de conexão (ponte de enlace entre a tipicidade, antijuridicidade e

culpabilidade); uma função de delimitação (torna-se um limite a partir do qual se excluem aquelas formas de comportamento carentes de relevância jurídico-penal) e uma função como ponto de referência (do tempo e lugar do fato, da unidade ou pluralidade de ações) (BITTENCOURT, 2013).

A ação se integra, não só com o objetivo pessoal, mas também com o subjetivo pessoal, com o que dolo e culpa passam a pertencer à tipicidade. Não obstante, pelas razões já esboçadas, não se pode construir o conceito penal da conduta, partindo diretamente dos tipos, porque se necessita um conceito anterior (vontade humana exteriorizada no mundo), para evitar que os tipos proibam o que não são ações. Assim surge sua importância. Como se pode ver até aqui, o legislador adotou um critério de ação de corte finalista.

Assim, ação é todo comportamento humano dependente da vontade, dirigido para um resultado, com repercussões no âmbito social; e Omissão é a conduta base da norma jurídico-penal, pode consistir em um não fazer (*non facere*) (ZAFFARONI, 2011). Existem normas proibitivas e também normas imperativas que ordenam ações, cuja omissão pode produzir resultados socialmente danosos. A omissão consiste em não levar a cabo o que as normas imperativas ordenam.

2.3.1 Ação e Resultado

Já foi assinalado que ação é todo comportamento dependente da vontade humana, que só o ato voluntário pode ser penalmente relevante e a vontade implica sempre uma finalidade. A direção final desta ação se expressa em duas fases: uma interna, que sucede na esfera do pensamento, quando o autor se propõe antecipadamente à realização de um fim, seleciona os meios necessários, considera os efeitos concomitantes, que vão unidos aos meios eleitos e à consecução do fim proposto. Na fase externa, uma vez que seja proposto o fim, selecionados os meios para sua realização e ponderados os efeitos concomitantes, o autor procede a sua realização no mundo exterior, põe em marcha o processo causal, dominado pela finalidade e procura alcançar a meta proposta. A valoração penal pode recair sobre qualquer destas fases da ação; contudo só quando esta se realiza no mundo exterior. De maneira que se pode afirmar, que o legislador quando tipifica as ações proibidas, o faz pensando na ação como um processo causal regido pela vontade

dirigida a um fim, seja este relevante, ou o sejam os meios eleitos para sua realização ou os efeitos concomitantes. O fundamental é que a imputação se baseie no que o sujeito faz ou não faz, ou seja, em seu comportamento regido pela vontade, não em suas ideias, crenças, nacionalidade, raça, etc.

Nos delitos de resultado deve existir um nexo de causalidade física entre a ação ou omissão e o resultado produzido. A *causalidade* pode ser definida como a cadeia de causas e efeitos que se dão no mundo e que permite que um fato seja explicado e compreendido (descrever a *causa* de um sucesso quer dizer *por que* ocorre). Para poder atribuir um resultado a uma pessoa, como produto de sua ação ou omissão, é necessário determinar se aquele aparece ligado a esta por uma relação de causalidade, de maneira que se possa predizer de um ponto de vista não só naturalístico, mas também jurídico, a existência de um vínculo de causa e efeito entre um e outro (BITTENCOURT, 2013).

Deve-se ter cuidado em não confundir a causalidade com a imputação penal, propriamente dita. A causalidade é um dado que permite afirmar a existência de um fato concreto, cuja tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade devem ser sucessivamente analisadas. Desta forma, cumpre com uma função imputativa primária, quer dizer, constitui um requisito mínimo elementar para a imputação.

2.3.2 A Omissão

As normas penais não são só aquelas que incluem proibições, mas também as que contêm deveres, quer dizer, aquelas as quais interessa impor um especial dever em relação ao bem jurídico especialmente tutelado. Desta forma, não existe uma omissão em si mesma, mas a omissão de uma ação esperada. Assim, o sujeito autor de uma omissão, deve encontrar-se em condições de poder realizar a ação esperada e deve ter a obrigação de realizá-la. A possibilidade de ação compreende os elementos básicos, comuns tanto na ação como na omissão e as causas que excluem a ação.

O tipo omissivo, do mesmo modo que o comissivo apresenta um aspecto objetivo e outro subjetivo. O núcleo do tipo objetivo é a exteriorização de uma conduta distinta da ordenada. Em todos os casos de omissão, há uma conduta ordenada. O sujeito ativo deve ter a efetiva possibilidade de realizá-la, pois do

contrário, sua conduta será atípica. Pertencem ao tipo objetivo dos delitos omissivos, a situação típica, a ausência da ação esperada e a capacidade de ação individual na situação concreta. Nos delitos de comissão por omissão, o tipo objetivo requer o resultado típico e a segurança contígua da possibilidade, de seu impedimento, assim como os elementos da posição de garante para o impedimento do dano. Nos delitos omissivos, o tipo objetivo é diferente do tipo objetivo nos delitos de ação, o que faz com que a estrutura do dolo seja diferente. Contudo, também nestes existe vontade de realização, somente que não por meio de ação, mas de uma omissão. O elemento volitivo do dolo nos delitos omissivos é, então, a decisão de permanecer inativo (JESUS, 2011).

Um dos assuntos que mais confusões provoca neste tipo de delito é a causalidade. Na tipicidade omissiva não existe um nexos de causalidade, justamente porque deve existir um nexos de evitabilidade, o qual consiste precisamente em que o agente não impeça o resultado de acordo com as circunstâncias; contudo ambos se baseiam na causalidade. O nexos de evitabilidade funciona na tipicidade omissiva, como o equivalente típico do nexos de causalidade.

O delito omissivo consiste na omissão de uma determinada ação, que a pessoa tinha obrigação de realizar e que podia realizar. É sempre a infração de um dever. Para que exista delito de omissão doloso, se requer não só o conhecimento efetivo da situação típica que faz surgir o dever de atuar, mas também uma atitude omissiva final dirigida à produção do resultado. Se o que media a conduta do agente, é o comportamento negligente, desidioso ou violatório do dever de cuidado se estará a frente a uma omissão culposa.

2.3.3 Classes de Omissão Penalmente Relevantes

O delito omissivo pode aparecer de diversas formas: a) Como delito de omissão pura ou própria que equivale a delitos de simples inatividade. Castiga-se a simples infração de um dever de atuar. Estes delitos contêm um mandado de ação; b) Delitos de omissão e resultado, nos quais a omissão se vincula a um determinado resultado, com o qual se conecta causalmente. Como exemplo, pode ser citado o caso do delito de Desobediência, o qual sanciona a quem desobedeça a uma ordem dada pela autoridade no exercício de suas funções. Desta forma, quando a ordem é

de *fazer*, o delito de desobediência à autoridade, reúne no caso concreto, o caráter de omissivo, posto que a desobediência consistiria em omitir a ação ordenada. Quando a ordem dada é de não *fazer*, então este delito pode ser cometido, no caso concreto, através de uma *ação*, quer dizer, realizar os atos que foram proibidos; c) Como delitos de omissão imprópria ou de comissão por omissão, nos quais a omissão se conecta a um determinado resultado proibido; contudo no tipo legal concreto não se menciona de maneira expressa a forma de comissão omissiva. A tipicidade destes delitos depende da realização do resultado proibido (JESUS, 2011). Os delitos de omissão própria e de omissão imprópria ou de comissão por omissão constituem os dois principais grupos e a eles serão dedicadas as devidas seções neste trabalho.

Com relação aos delitos de omissão, devemos assinalar que coincidem com os de comissão quase em sua totalidade, salvo em que o autor não infringe o dever de cuidado com um ato positivo, mas omitindo a realização de uma ação ordenada. Na forma imprópria o sujeito ativo deve ter a posição de garante e a falta do cuidado devido se deve referir, tanto ao conhecimento da situação típica, como à comprovação da própria capacidade de ação. Ademais, o elemento intelectual ou cognoscitivo da culpa deve compreender não só a possibilidade de conhecer a posição de garante, mas também os demais elementos do aspecto objetivo do tipo correspondente. A violação ao dever de cuidado pode surgir em casos como os seguintes: a) Falta de cuidado ao julgar a situação típica (o médico não atende ao ferido por estimar que seu estado não é tão grave como o de outro paciente que deve socorrer, e realmente ocorre o contrário); b) Falta de cuidado ao executar o mandato (quem na urgência por apagar um incêndio joga gasolina em vez de água); c) Violação ao dever de cuidado por indevida apreciação da possibilidade física de execução (o que não sabe nadar e crê que o tanque onde se afoga uma criança é muito profundo, quando em realidade é de pouca altura); d) Falta de cuidado em apreciar as circunstâncias que fundam sua posição de garante (o médico, que por erro vencível, crê que não se encontra de plantão essa noite) (ZAFFARONI, 2011). Ainda que, segundo Zaffaroni (2011), o exemplo do suposto b, poderia levar a uma tipicidade culposa ativa.

2.3.4 Delitos Omissivos Próprios

O conteúdo típico está constituído pela simples infração de um dever de atuar. Um caso típico é o do sujeito que encontra uma pessoa ferida ameaçada por um perigo qualquer, e ainda que contando com a possibilidade e os recursos para prestar-lhe auxílio, sem correr nenhum risco para si, simplesmente a abandona a sua sorte. Outro exemplo é o pai, tutor ou guardador de uma pessoa menor de idade, ou incapaz de valer-se por si mesma que, de forma injustificada, se abstenha de prestar a este último os meios indispensáveis para sua subsistência, o que está obrigado a fazer, precisamente pela relação existente entre ambos.

2.3.5 Delitos de Omissão Imprópria ou de Comissão por Omissão

O problema neste tipo de delito é que o comportamento omissivo não se menciona expressamente no tipo, pois este só descreve e proíbe um determinado comportamento ativo. Assim, do ponto de vista valorativo, são incluídos na descrição típica comportamentos omissivos que contribuem para a produção do resultado proibido. O exemplo clássico é o de admitir, na descrição típica do homicídio, o comportamento da mãe que deixa morrer de fome o recém-nascido. Pode-se assinalar, neste caso, que a omissão equivale à ação. Produz-se, por um lado, o que se conhece como cláusula de equivalência, para o efeito de imputar a omissão à produção de um determinado resultado, segundo o sentido do texto da lei e, por outro, a existência de um especial dever jurídico do autor, de evitar o resultado, derivado este dever da lei, o contrato ou o risco para o bem jurídico protegido, criado pelo omitente (RODRIGUES, 2007).

De acordo com o que foi dito, o fundamental se baseia então em que, ao ter uma estrutura equiparável ou paralela à ativa, os autores do delito impróprio de omissão não são indiferenciados, mas estão, a respeito do bem jurídico, em uma posição de garantidores (artigo 13 CP). Para se poder imputar um resultado a uma omissão, há que resolver duas coisas fundamentais: a) a relação causal entre a omissão e o resultado produzido; b) o dever de evitar o resultado que incumbe ao sujeito da omissão (posição de garante).

2.3.6 Relação Causal entre a Omissão e o Resultado nos Delitos de Comissão por Omissão

O delito de comissão por omissão é um delito de resultado, e este deve ser imputado à pessoa da omissão. Por isso, deve-se buscar um critério que permita equiparar a omissão à causação do resultado; trata-se de constatar a possibilidade fática que teve o sujeito de evitar o resultado. Há que verificar se a realização da ação esperada haveria evitado o resultado; se sua omissão supunha uma falta de diligência; se o risco de produção do resultado era incrementado etc. Também há que agregar o requisito geral de toda omissão no sentido de que o sujeito deve ter a capacidade necessária para poder realizar a ação que omite. A evitabilidade do resultado é o critério que, completado com os derivados da teoria da causalidade e da imputação objetiva, nos permite imputar um resultado a uma conduta puramente omissiva. No âmbito do tipo subjetivo, se requer que a pessoa tenha conhecimento da situação típica, da forma de evitar o resultado e da possibilidade real que tem de evitá-lo (SANTOS, 2002).

2.3.7 O Dever de Evitar o Resultado (Posição de Garante)

Para poder imputar o resultado à pessoa da omissão imprópria, deve-se constatar que esta tenha a obrigação de tratar de evitar o resultado, em virtude de determinados deveres, cujo cumprimento assumiu ou lhe corresponde por razão de seu cargo ou profissão. Trata-se de um especial dever jurídico do autor. A posição de garante é a obrigação especial que corresponde a certas pessoas, de evitar que se produza um determinado resultado. O sujeito ativo dos delitos de comissão por omissão não pode ser qualquer sujeito que possa evitar o resultado, mas só o que tenha um dever jurídico específico de evitá-lo. São conhecidos por esta razão como delitos especiais. A ausência de menção expressa dos deveres que fundamentam a posição de garante, no tipo legal do delito comissivo, é uma das maiores dificuldades com quais se encontra o exegeta para estabelecê-la, já que só se descreve uma ação positiva. Tratam-se de tipos abertos, onde só uma parte vem descrita de maneira expressa no suposto de fato da norma penal, o que obriga ao juiz buscar os restantes elementos que fundamentam a posição de garante. O contrato e o atuar precedente (RODRIGUES, 2007).

Assim, existe uma tendência a fundamentar a posição de garante de uma maneira menos formalista, e se assinala que podem ser consideradas como garantas só aquelas pessoas que têm uma especial vinculação com o bem jurídico protegido, ainda que não existam um preceito legal, contrato ou atuar precedente concreto que o fundamentem. Por exemplo, a mãe ou o pai tem uma especial obrigação de alimentar o recém nascido para que não morra; o médico tem obrigação de atender o acidentado em virtude do juramento hipocrático, e deve procurar salvá-lo.

3 O MÉDICO E O DELITO NA ATUALIDADE

3.1 Responsabilidade Ético-Profissional

A responsabilidade dos profissionais de saúde pode ser de ordem administrativa e jurídica. No primeiro caso, os atos dos médicos que são contrários ao Código de Ética Médico são julgados através de um processo nos Conselhos de Medicina e penalizados de acordo com a gravidade do ato.

Cabe aos Conselhos de Medicina supervisionar a ética profissional em todo território nacional, zelando pelo “perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente. No mister desta função, o Conselho Federal de Medicina teve a atribuição de elaborar um Código de Ética para os profissionais sob sua supervisão, que foi editado pela Resolução CFM 1.246/1988, regulando a prática profissional médica com relação aos pacientes, sociedade e seus pares.

As penas disciplinares são as seguintes:

a) Advertência confidencial em aviso reservado; b) Censura confidencial em aviso reservado; c) Censura pública em publicação oficial; d) Suspensão do exercício profissional em até 30 (trinta) dias; e) Cassação do exercício profissional ad referendum ao Conselho Federal.

Dessa forma, a responsabilidade do conselho está vinculada à ética (deontologia). Pode ser que uma conduta prevista na lei como crime também seja considerada como antiética. Neste caso, poderão haver dois processos, um criminal e outro administrativo.

3.2 A Responsabilidade Penal – Âmbito Judicial

Diferentemente do direito civil que tutela, especificamente, um interesse individual e que, em caso de contrariar as normas, dá lugar a uma sanção indenizatória, o direito penal descansa na ideia de um valor coletivo que o Estado deve proteger e que gera para o autor da conduta reprovável uma sanção repressiva que pode chegar, entre outras, a pena privativa de liberdade.

A responsabilidade penal surge quando uma pessoa contraria as normas que descrevem as condutas delitivas cometendo, de forma dolosa ou culposa, o ilícito penal.

Os médicos como qualquer outro tipo de profissional, devem estar submetidos ao império da Lei. Se fosse diferente, admitir-se-ia um privilégio contrário ao princípio da não discriminação consagrado na Constituição Federal. A diferença com respeito às outras profissões é que a do médico gira em torno de um dos valores fundamentais da pessoa: a saúde. Daí que todos os ordenamentos jurídicos prestem uma especial atenção à sua proteção.

A exigência de responsabilidade aos médicos não é um tema novo. Desde o primeiro texto deontológico que se conhece (Hammurabi no ano 2394 a.C.) passando pelas diversas culturas que nos precederam como a grega, romana, e a egípcia, se previu essa responsabilidade através de diversos artigos que faziam referência ao comportamento do médico, cominando graves sanções em caso de infringência, incluindo a pena de morte em alguns casos (WEBER, 2012).

Na época moderna, sobretudo depois da 2ª Guerra Mundial, os cidadãos vão adquirindo uma maior conscientização dos direitos que lhe assistem. Isso, junto a outros fatores, determinou um aumento no número de reclamações de responsabilidade dos médicos.

A responsabilidade do pessoal de saúde em geral, é um tema de grande atualidade e repercussão na sociedade. Responsabilidade significa em geral, a obrigação de responder acerca das consequências de um ato ou não ato (omissão). Para os médicos, seria a obrigação que têm de reparar os eventuais danos resultantes de sua conduta dolosa ou culposa, realizada no exercício de sua profissão. Sua análise é extremamente complexa e dificultosa.

Nos últimos anos se está produzindo, no mundo, um notável aumento das denúncias médicas por suposta má prática ou negligência, com uma judicialização crescente da medicina. Não existe um corpo normativo específico e concreto sobre negligências médicas, sendo as resoluções judiciais com frequência desiguais. Esta situação provoca uma grande insegurança jurídica no profissional, que costuma

optar por aplicar uma medicina defensiva, com a solicitação de múltiplas provas e interconsultas a diversos especialistas, com frequências não necessárias.

O limite da responsabilidade profissional nem sempre é nítido. Tem-se passado da sacralização do médico a sentá-lo no banco dos réus, em muitas ocasiões com escasso fundamento.

De acordo com Weber (2012), contrapõem-se ou enfrentam-se dois direitos de grande transcendência:

- a) o bem jurídico protegido, que é nada mais e nada menos do que a saúde e a vida.
- b) a atuação ou ato médico, com a insegurança jurídica que supõe o exercer uma profissão por definição inexata e com uma ampla margem de erro, por muito diligente que possa ter sido a atuação.

Nos últimos anos, produziu-se um notável aumento das reclamações apresentadas contra os médicos nos julgados. Neste aumento da litigiosidade, Guelhenu (2012) aponta diversos fatores, como:

- a) Um melhor conhecimento por parte do paciente de quais são seus direitos e a exigência de que estes se cumpram.
- b) a crença com frequência enganosa de que o grande desenvolvimento tecnológico experimentado pela medicina necessariamente vai produzir sempre resultados favoráveis.
- c) Informação errônea de que é fácil que prosperem as demandas com suas respectivas indenizações.
- d) Influência dos meios de comunicação, com a grande repercussão que têm na sociedade atual. Exercem em muitas ocasiões um *efeito chamado no cidadão, frequentemente pouco justificados*.
- e) o notável aumento nos últimos anos, da demanda de saúde por parte da população, com o conseqüente aumento dos atos médicos.

Esta crescente judicialização da atividade médica gerou um medo entre os profissionais que está tendo importantes repercussões. Uma delas é o fato de que aquelas especialidades mais suscetíveis de reclamação, como por exemplo, a anestesia ou a ginecologia, começam, em alguns países, a serem pouco procuradas pelos médicos recém-formados, fato este, que pode tornar o setor deficitário. Contudo, o maior efeito desse medo é ver-se ante os Tribunais de Justiça, é a

aparência da chamada medicina defensiva, que pode ser definida como “aquela que o médico ou grupo de médicos desenvolvem pelo medo de cometer um erro diagnóstico, e que se caracteriza basicamente, por um atraso na aplicação de um tratamento, pela solicitude de provas e interconsultas com outros companheiros de forma serial e exagerada” (SANTOS, 2002, p.151). Este tipo de medicina é, por outro lado, potencialmente gerador de responsabilidade, ao se produzir um atraso na aplicação de medidas.

Rodrigues (2007) diz que, a responsabilidade legal está constituída pela necessidade jurídica e social de que todo médico responda ante as autoridades humanas competentes e legalmente constituídas, pelos prejuízos causados por danos cometidos com seus atos ou omissões voluntárias ou involuntárias no exercício de sua arte, ciência, ofício e profissão, contra as regras legalmente estabelecidas.

Esta responsabilidade, segundo a jurisdição que afete, pode ser de tipo penal, civil, administrativa, etc., contudo, este trabalho trata unicamente da responsabilidade penal. A responsabilidade penal pode ser dolosa ou culposa. Para a primeira é necessária uma intencionalidade do autor de conseguir um determinado fim. O dolo exige consciência, conhecimento e vontade de obter um resultado. A culpa, pelo contrário, exclui essa intencionalidade, se alcança através da negligência, imperícia ou a imprudência.

O fim da atividade médica, que não é outro senão o buscar o benefício do paciente, (princípio de beneficência) exclui o dolo, já que o médico não pode desejar nem realizar condutas encaminhadas a lesionar o paciente (PRATES; MARQUADT, 2003). Existem delitos dolosos cometidos pelos médicos, evidentemente, sem intencionalidade curativa, como por exemplo:

- a) a eutanásia ativa - art. 121, § 1º do Código Penal (CP).
- b) a prática de abortos fora dos supostos de antijuridicidade (art. 128 do CP) - arts. 125 ao 128 do CP;
- c) a omissão do dever de socorro - art. 135;

- d) os delitos relativos a manipulação genética - art. 25 da Lei de Biossegurança (Lei 11.105/2005);
- e) Delitos contra a saúde pública, contemplados no C.P. nos art. 267 ao 285;
- f) Delito de revelação do segredo profissional - art. 154,;
- g) Falsidade de Atestado Médico - art. 302 do CP;
- h) Parto Suposto - art. 242 do CP. (médico como partícipe).

A responsabilidade profissional penal por culpa, é contemplada no Código Penal de forma excepcional (a regra é que as condutas penais sejam dolosas), tal como o homicídio culposo, quando o médico por agir com culpa (negligência, imperícia ou imprudência) cause a morte do paciente.

A jurisprudência e a doutrina diferenciam a imperícia a negligência e a imprudência. A primeira, imperícia, é a inaptidão técnica para o exercício de profissão ou atividade. Falta de perícia, quer dizer; a falta de habilidade, a incapacidade ou falta de conhecimento para o exercício de determinado mister (o médico cirurgião que ao operar esquece o bisturi no corpo do paciente). Já a negligência, é a falta de atividade ou do cuidado necessário que todos devemos ter antes de agir. A negligência é pois, um comportamento negativo, o sujeito se omite quando deveria agir e não o faz por indolência, como por exemplo quando o médico receita sem examinar devidamente o paciente. Por fim, a imprudência é o oposto à prudência. É afrontar um risco sem haver tomado as devidas precauções para evitá-lo, procedendo com pressa não necessária, sem se deter a pensar nos inconvenientes que resultarão dessa ação ou omissão (COUTINHO, 2006).

A exigência de responsabilidade profissional médica pode ser derivada tanto de ações como de omissões. Neste último caso, ocorre que o médico omite uma ação que tinha obrigação de realizar. O encaixe jurídico penal das omissões está reconhecido nos delitos de omissão do dever de socorro e a comissão por omissão que pode derivar no delitos de homicídio, lesões, etc.

Além da conduta culposa, são necessários dois requisitos mais para estabelecer a responsabilidade penal: a existência de um dano e a relação causal entre ambos (conduta e dano). Somente com o concurso das três se determina a responsabilidade. Se faltar algum deles, não existirá responsabilidade.

Dado que o dano é fácil de avaliar, os problemas se colocam na hora de determinar se a conduta do profissional foi culposa e, estabelecida esta, comprovar a relação de causalidade entre a conduta e o resultado.

A valoração da conduta imprudente do médico se realiza de um ponto de vista jurídico e, portanto, é de valoração exclusivamente jurídica, mediante a comprovação de que foi observado ou não o dever objetivo de cuidado. Quer dizer, se um médico médio, (não o mais experto nem tampouco um inexperiente) de igual qualificação, nas mesmas circunstâncias de tempo e lugar, se houvesse comportado de igual ou diferente forma daquele a quem se está julgando. Se seu comportamento resulta ser o mesmo, e se produz um resultado negativo para o enfermo, este resultado, se reputará como imprevisível ou inevitável, não sendo o punível. Contudo, quando esse hipotético médico médio, situado nas mesmas circunstâncias que aquele a quem se julga, se comporta ante seu mesmo enfermo de forma diferente e esse comportamento evita que se produza o dano, a conclusão é que o médico a quem se está valorando a conduta, não observou o dever de cuidado objetivo (SOUSA, 2009).

Assim, podemos concluir que esse dever objetivo de cuidado, está relacionado com a obrigação de prever o que é previsível e de evitar o que é evitável. O conceito de previsibilidade é relativo, já que só seria autenticamente imprevisível, o caso novo, não descrito na literatura médica, todos os demais, de algum modo são previsíveis. Assim, há que tomar o termo “previsível” como relativo, o qual faz a diferença entre riscos típicos e riscos atípicos. Sabe-se que muitos danos ou complicações se repetem em determinadas patologias, como por exemplo, as embolias, nas intervenções cirúrgicas sobre ossos longos, etc. Estas complicações periódicas são previsíveis, porque se conhece a porcentagem em que são produzidas.

Quando o risco adquire um nível de frequência considerável, se está ante um risco típico. Por baixo dessa frequência do risco típico, se situariam os riscos atípicos, quer dizer; aqueles que são imprevisíveis (relativamente imprevisíveis).

O médico só estará obrigado a prevenir os riscos típicos, do contrário, não seria possível exercer a medicina, já que a totalidade de riscos potenciais ante uma intervenção é tão elevada, que não seria operativa a prevenção de todos eles. Evidentemente, os riscos típicos não só dependem da frequência, mas também da gravidade que representam, da facilidade ou não, de sua prevenção e dos efeitos secundários das medidas preventivas. Por isso, a consideração de risco típico dependerá da conjunção de todas as variáveis mencionadas e não só de sua frequência (GUELHENU, 2012).

Há casos em que é conhecida a existência de riscos típicos, contudo não se dispõem dos meios necessários para evitá-los. Nesta eventualidade, o que prevalecerá é a ponderação risco-benefícios e se estes últimos, tendo em conta o valor social da atividade e a necessidade de sua realização, são mais importantes que os primeiros (riscos) e, se são produzidos ao final os danos, serão reputados como inevitáveis, que são equivalentes aos casos fortuitos e, portanto, não puníveis (WEBER, 2012).

Nos casos de responsabilidade profissional médica, é claro que o Juiz não possui os conhecimentos técnicos necessários para decidir o caso. Para isso, se vale de peritos médicos. A função destes é valorar se foi seguido a *lex artis* ou não. A *lex artis* é definida como um conjunto de regras, técnicas ou procedimentos aplicáveis a situações semelhantes. Contudo, apesar disto, sempre há de ser inferida no caso concreto pelas variedades que pode apresentar com a situação típica prevista pelas ciências médicas. Assim, o conteúdo da *lex artis* é variável, segundo as diversas circunstâncias em que se encontre o facultativo (material, lugar, pessoal ajudante, etc.). Esta especificidade (aplicação ao caso concreto) conduz a outro conceito amplamente utilizado pela jurisprudência, *lex artis ad hoc*, que é definida como

o critério valorativo da correção do concreto ato médico executado pelo profissional da medicina -ciência ou arte - que tem em conta as especiais características de seu autor, da profissão, da complexidade e transcendência vital de seu autor e, em seu caso, da influência de outros

fatores endógenos -estado e intervenção do enfermo, de seus familiares ou da mesma organização de saúde - para qualificar dito ato de conforme ou não com a técnica normal requerida (RODRIGUES, 2007).

A *lex artis ad hoc* é competência do perito médico, e supõe um parâmetro para que o jurista avalie o dever de cuidado objetivo. Ambos os conceitos: *lex artis* e dever de cuidado objetivo não têm por que ser coincidentes.

De acordo com Rodrigues (2007), os principais erros médicos que causam a sua responsabilização penal são:

- Falta de diligência devida nos seguintes casos:
 - atuações sobre os pacientes com instrumentos contra indicados pelas prescrições da ciência médica;
 - o abandono de material ou instrumental no corpo de um paciente por ocasião de uma intervenção cirúrgica;
 - falta de cuidado e precauções elementares na evitação de acidentes e muito particularmente na vigilância do enfermo ou paciente;
 - incumprimento das normas de Deontologia Profissional e das disposições regulamentares que afetem ao serviço médico em geral;
 - não acudir ao centro hospitalar o Médico Especialista a requerimentos do Médico de Plantão.
- Erro de diagnóstico:
 - o médico adota medidas terapêuticas sem haver determinado previamente o diagnóstico;
 - o médico estabelece o diagnóstico sem haver visto nem examinado ao paciente;
 - o médico emite o diagnóstico, sim haver servido, sendo possível, de todos os meios que costumam ser utilizados na prática profissional em casos similares;
 - o médico não toma em consideração, ao formular o diagnóstico, sobre as eventualidades remotas, contudo possíveis e tidas em conta tanto no plano científico como experimental;
 - o médico, havendo praticado as explorações e análises precisas, não as toma em conta ou os valora de forma insuficiente na hora de emitir o diagnóstico;

- Erro ou falha do tratamento:

Elegendo tratamentos perigosos sem que exista justificação, utilização de medicamentos claramente contra indicados, etc.

- Falta ou falha de meios técnicos:

É dever profissional do médico possuir os meios técnicos necessários e em correto estado, para levar a bom fim a prestação a que se obrigou.

- violação do segredo profissional.
- incumprimento do dever de informação e ausência do consentimento do paciente.

Entre todas as possíveis causas deste aumento nas demandas, destaca-se a grande transformação que se produziu na relação médico-paciente, passando de uma concepção paternalista ao reconhecimento da autonomia da vontade do paciente, que não é mais que uma expressão do desenvolvimento e avanço cultural, econômico, produzido nas sociedades desenvolvidas. Os cidadãos são cada vez mais exigentes com os serviços que lhes são prestados em geral. Os profissionais da saúde não devem esquecer que, também como cidadãos, quando estão fora do mundo da saúde, ou dentro dele, contudo, como pacientes, também provavelmente sejam exigentes (umas vezes de forma justificada, e provavelmente outras injustificadas).

Das diferentes responsabilidades afetas ao setor de saúde, a que mais preocupa é a penal já que em caso de culpabilidade, além da sanção econômica, pode ensejar a cassação da licença para clinicar e a privação da liberdade. As responsabilidades civil ou administrativa só supõem uma reparação econômica. Na prática se produz um uso inadequado ou pervertido da via penal pelo demandante de uma eventual reparação. Recorre-se a ela por sua maior rapidez e eficácia. Com os meios de prova obtidos por esta via de forma célere, se recorre a esfera cível, a fim de se obter uma indenização pecuniária. Em Direito Penal, para que exista responsabilidade é necessário em todos os casos demonstrar que houve culpabilidade, o que se consegue provando a existência no caso concreto da imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e da exigibilidade de conduta diversa. Em outras jurisdições, é suficiente, para obter uma indenização, demonstrar um funcionamento anormal dos serviços públicos. Este modo de proceder é utilizado por todos os advogados e organizações que, de forma cada vez mais estudada e sofisticada, atuam no terreno da negligência médica.

Coutinho (2006) considera que os seguintes elementos contribuíram para a exigência de responsabilidade:

- aumento da atividade médica;
- progresso da Medicina que permite tratar enfermidades que até faz pouco tempo eram tidas como incuráveis;
- divulgação pelos meios de comunicação dos problemas médicos e suas soluções com caráter triunfalista, que fazem supor ao enfermo que a cura é um direito;
- o hedonismo generalizado que faz rechaçar a dor e o sofrimento;

- o risco, que por sua complexidade, levam consigo determinados atos tanto diagnósticos como terapêuticos;
- a especialização médica que pode implicar em que os especialistas se descuidem de aspectos mais gerais;
- a existência de pautas hospitalares muito específicas, que condicionam o funcionamento dos centros, antepondo-os à efetividade e atenção personalizada ao enfermo. Maior burocracia
- a mudança na relação médico-enfermo que em muitas ocasiões, significa uma perda de confiança;
- a ânsia de lucros fáceis pela via da indenização a que pode ser condenado o médico como consequência de um litígio por responsabilidade profissional.

Por último, cabe mencionar a responsabilidade em que se pode incorrer na chamada medicina em equipe. O trabalho em equipe apresenta dois aspectos fundamentais: a relação que existe entre seus componentes e os princípios que regem as relações entre seus integrantes. A relação, por sua vez, pode ser de dois tipos: vertical e horizontal. A vertical vem definida por relações de supremacia e subordinação. Exemplos desta relação, seriam a que existe entre o médico e o pessoal de enfermagem, entre o tutor e o médico interno ou residente que está em período de formação, entre o chefe da equipe e o resto de seus integrantes, etc. A horizontal, é aquela que se dá entre os integrantes com igual qualificação técnica e hierárquica, como por exemplo, entre dois médicos adjuntos.

Com relação aos princípios que regem as relações entre os componentes da equipe, Santos (2002) cita dois: o princípio de confiança e o princípio de divisão do trabalho. O primeiro implica que o chefe ou médico, com respeito aos subordinados, confia em que estes, se comportarão diligentemente no cometimento de suas funções, salvo no caso em que, circunstâncias especiais (descuidos graves, inaptidão ou falta de qualificação) reconhecíveis, lhe façam pensar o contrário. O princípio da divisão do trabalho, vem determinar que, em uma equipe, seus integrantes se dedicam a tarefas específicas, geralmente, já estão estabelecidas, por regulamentos, estatutos, códigos, etc., contudo em casos concretos, é o chefe ou responsável, quem decide quem é que se ocupa de um tema específico (dentro do âmbito das competências deste último).

Conjugados ambos os aspectos: tipo de relações e princípios que regem as mesmas pode-se estabelecer os diferentes tipos de responsabilidade. Em primeiro lugar, há que se dizer, que a responsabilidade penal é sempre pessoal, e cada um

responde por suas ações ou omissões, no âmbito de suas competências. Pelo princípio de confiança, se um profissional da equipe, competente, experimentado, etc., não observa seus deveres objetivos de cuidado, responderá ele exclusivamente. O problema se coloca, quando alguém da equipe, exerce uma atividade para a qual não estava preparado. Nesta eventualidade, pode-se deparar, ou com uma responsabilidade do chefe ou responsável, ou do que intervém diretamente (profissional não qualificado ou inexperiente), ou de ambos.

A responsabilidade do chefe ou responsável deriva de uma não observação de suas obrigações de eleger ou vigiar naqueles casos, onde o princípio de confiança não tem cabimento, por exemplo, quando o chefe conhece que determinado membro da equipe não está capacitado para determinadas funções e consciente que este as realize sem a supervisão ou vigilância oportuna. É a chamada culpa *in elegendo* e/ou culpa *in vigilando* (COUTINHO, 2006).

Também pode existir uma culpa exclusiva daquele profissional, que atua por sua conta, quando não está preparado para isso. O típico exemplo é o médico interno ou residente que assume um caso que chega a urgência, para o que não está capacitado, e não avisa ao médico adjunto ou tutor (culpa por assunção). Esta culpa por assunção estaria incluída na imperícia, já comentada anteriormente (SANTOS, 2002).

São requisitos necessários, conforme Rodrigues (2007, p. 72) para que exista a responsabilidade por culpa:

A. Existência de uma Ação ou Omissão

Não intencional (sem dolo). A omissão é muito frequente nas denúncias e sentenças, a conduta culposa consistiria em não realizar o comportamento devido, omitir o dever de cuidado exigido, do que se derivará a produção do resultado lesivo, não querido, contudo, que devia-se prever e se evitar.

B. Infração de um dever objetivo de cuidado

Fazer um juízo comparativo entre a conduta que houvesse executado uma pessoa prudente e cuidadosa e a conduta que se analisa, que no caso da prática da medicina, vem em grande parte determinado pela *lex artis* profissional, são as regras

gerais que regem o exercício de determinadas profissões ou ofício. Ao profissional é exigido um *plus* de atenção e cuidado na observância das regras de sua arte, que logicamente não é exigível ao que não é profissional. São conhecimentos específicos que só tem o sujeito por sua especial formação.

Para poder determinar esse dever objetivo de cuidado, o juiz deve se situar no lugar do profissional da medicina médio, com a informação e os meios de que dispunha nesse momento.

A atividade médica não é uma atividade perfeitamente delimitada por normas que determinem e indiquem legalmente qual é o atuar prudente e exigível em cada caso concreto, como sucede em outras atividades (tráfico, obrigações fiscais..). Ao não estar a atividade profissional regulamentada, é necessário buscar padrões ou regras técnicas que permitam comparar o comportamento devido e o executado. O juiz vai utilizar a *lex artis* como guia, como padrão orientador para poder comparar a conduta devida com a efetivamente realizada.

Dada a dificuldade para poder estabelecer qual é a conduta adequada, é dado um papel muito importante aos protocolos e guias médicos, que recolhem as melhores evidências científicas disponíveis em cada momento para serem utilizadas na tomada de decisões clínicas.

O mecanismo de defesa mais eficaz da profissão é a protocolização de atuações, o que equivale a positivar ao máximo a *lex artis*.

C. Existência de um dano

Não é suficiente para a caracterização do dano, uma conduta imprudente, se precisa ademais a produção de um resultado material. Dano, que se vai produzir sobre o bem jurídico protegido (a saúde ou a vida).

D. Relação de causalidade entre a atuação negligente e o dano

O dano deve ser consequência do comportamento que se analisa (imputação objetiva do resultado).

A doutrina e a jurisprudência exigem uma conexão íntima entre ação e o resultado e não uma mera relação de causalidade. Existem sentenças nas quais,

apesar de se admitir que o agente poderia ter atuado com uma maior diligência, não se o condena, eis que, esse atuar mais prudente não teria modificado o resultado final.

O resultado deve-se haver produzido pela conduta culposa, deve existir uma relação direta, completa e imediata.

E. Erro de Diagnóstico ou de Tratamento

Pode-se produzir um erro ou falha em qualquer das fases ou partes das quais consta o ato médico: anamnese, exploração, diagnóstico, prognóstico e tratamento.

As reclamações mais frequentes são por erros de diagnóstico, e em segundo lugar, de tratamento. Nos últimos anos se está produzindo um notável incremento das reclamações por falta de informação ou de consentimento.

O erro não supõe por si mesmo a infração do dever de cuidado e, portanto a existência de culpa, para o que se necessita que o profissional haja atuado com diligência precavendo-se do erro de diagnóstico ou tratamento.

No erro médico se constata “*ex post*”, que um determinado ato médico não era correto e que provocou o resultado lesivo, diferentemente da culpa que exige uma valoração “*ex ante*” do ato.

O que se incrimina e dá origem à responsabilidade médica no âmbito penal, não são erros de diagnósticos, nem ainda a falta de extraordinária perícia no desenvolvimento das atividades médicas, mas que a culpa penal se fundamenta em um comportamento inadequado a determinadas exigências ordinárias, quer dizer que quando a culpa punível afeta a profissão médica, há que se entender em sua justa valoração ao se referir a uma ciência inexata na qual jogam fatores imponderáveis e inapreensíveis por concorrência de indubitáveis riscos em seu exercício que ficam fora da responsabilidade penal.

A jurisprudência considera que os casos nos quais um erro no diagnóstico supõe uma violação do dever de cuidado e, portanto, a existência de responsabilidade penal, são:

- a) quando o médico atua sem os conhecimentos mínimos ou básicos para abordar a atuação médica;
- b) adotar as medidas terapêuticas sem haver determinado previamente o diagnóstico;
- c) realizar o diagnóstico sem haver examinado previamente o paciente;
- d) não utilizar todos os meios técnicos a seu alcance para realizar o diagnóstico;
- e) não ter em conta todos os possíveis diagnósticos, ainda que sejam pouco frequentes;
- f) quando os resultados das provas complementares não são corretamente valorados;
- g) atraso injustificado na emissão do diagnóstico.

Dessa forma, verifica-se que a má práxis médica pode ser de cunho administrativo e jurídico. Cabe aos Conselhos de Medicina o processo e julgamento de condutas que contrariem o Código de Ética Médica, e ao Poder Judiciário, o processo e julgamento de condutas que sejam consideradas delito.

4 A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A partir da constatação de que o médico possui responsabilidade penal, além da responsabilidade ético-profissional, resolveu-se verificar como se dá a formação médica no Brasil. Partiu-se, também, do pressuposto de que as mudanças que ocorrem na atividade da medicina trazem mais riscos a que o profissional da área está sujeito, fazendo com que seja importante para ele, ter conhecimentos básicos da questão.

4.1 Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina

Parece conveniente refletir sobre o conceito de plano de estudos ou 'currículo' e a complexidade que dito conceito encerra. Devemos ter presente a existência de distintos currículos: o formal, o real e o avaliado, ainda quando a presente análise se limita ao currículo formal.

O currículo constitui um programa de múltiplas atuações. No currículo formal se explicita o que a instituição ensina e o que os alunos devem aprender. Alguns o denominaram 'currículo fictício'. Trata-se do currículo normativo, o que se publica. Define somente uma parte – menor segundo alguns autores – de todos os processos de aculturação social e profissional do estudante. O currículo real constitui tudo o que os alunos levaram a cabo realmente, em tanto que o currículo aprendido e avaliado é aquele no qual se recolhem os logros alcançados pelos alunos e são avaliados pela instituição. Constituem os resultados da aprendizagem que na atualidade são definidas como competências adquiridas (BEYER, LISTON, 2001).

Tradicionalmente se conceitualiza o currículo como a descrição de conteúdos, sua sequenciação temporal e as cargas docentes designadas a cada uma das unidades educativas (matérias, blocos, módulos, etc.). Assim, um currículo deve contemplar pelo menos quatro elementos distintos: os conteúdos, mas, também, os recursos de aprendizagem ofertados desde uma estratégia educativa institucional, os resultados esperados da aprendizagem e as avaliações previstas para promover e documentar o alcance pelo aluno dos objetivos educativos previstos (BEYER, LISTON, 2001).

Cada elemento põe em relevo uma perspectiva distinta: a descrição dos conteúdos se centra no que se deve ensinar, os resultados da aprendizagem definem o que os alunos devem haver aprendido, os recursos educativos explicitam como e onde podem aprender e a avaliação, a forma em que estes podem valorar sua aprendizagem e como serão valorados. Cada elemento curricular resolve questões diferentes do mesmo processo educativo de uma perspectiva distinta, sendo necessário abordá-las todas elas de um modo coerente e equilibrado para alcançar um currículo eficaz.

Se no desenho curricular todo o empenho se situa na definição de conteúdos, as cargas docentes que se lhes atribuem e sua posição na sequenciação temporal, o resultado obtido tenderá a refletir os equilíbrios de poder das equipas docentes da instituição. Resulta pois indispensável abordar o desenho curricular desde uma perspectiva estratégica contemplando três premissas irrenunciáveis: o desenho curricular constitui uma tarefa coletiva; deve contemplar coerentemente os quatro elementos antes enumerados; e deve considerar sempre como um objetivo absoluto a obtenção de um perfil adaptado às necessidades do desempenho profissional (BEYER, LISTON, 2001).

Faz-se mister, ademais, atender às estratégias educativas e à idoneidade das oportunidades de aprendizagem assim como à avaliação não tão só com fins certificadores, mas também para conhecer o êxito educativo do currículo e, por fim, a necessidade de melhorá-lo. O processo curricular deve ser desenvolvido segundo o modelo clássico da qualidade: projetar, implementar, avaliar e redesenhar (ciclo de PDCA: *Plan-Do-Check-Act*) (BARZANSKY, 2010).

O currículo, por sua vez, deve considerar os recursos educativos de toda ordem (pessoais, infraestruturais, tecnológicas, de conhecimento, culturais, normativas...) que estão disponíveis na instituição ou se requerem para sua implementação, e que condicionam as estratégias e metodologias utilizáveis (BEYER, LISTON, 2001). Desta forma, o desenho curricular constitui também uma oportunidade de otimização no uso educativo dos recursos institucionais disponíveis. Por isso, o currículo deve ser concebido não só como um catálogo de matérias das quais se detalham os conteúdos e como a sequenciação de atividades académicas ou as cargas de trabalho para docentes e discentes ou os objetivos educativos que

devem ser alcançados. Compreende tudo isto simultaneamente e muito mais, que se desprende da missão da instituição, no centro da qual se encontra sempre o serviço devido à sociedade através dos grandes objetivos institucionais, como a necessidade de dar resposta aos requerimentos sociais percebidos e de fazê-lo incorporando as estratégias educativas mais efetivas.

No debate acadêmico da área de medicina podem ser distinguidos dois modelos ou enfoques que representaram dois paradigmas diferenciados: o enfoque “*flexneriano*” e outros modelos, aqui chamá-los de “críticos”, em tanto intentaram e continuam tentando superar este primeiro enfoque que ocupou grande parte do século passado nas escolas de medicina de todo o continente americano (AMORIM, 2012).

4.2 A Influência Pedagógica de Flexner nos Modelos Acadêmicos

Abraham Flexner, educador e acadêmico, realizou um estudo em princípios de século passado que permitiu fazer uma reforma radical da educação médica norte-americana, a qual repercutiu décadas mais tarde na educação médica latino-americana. Em 1910 apresentou o famoso “Informe Flexner”, sobre a base de um estudo de 155 escolas de medicina, cujas conclusões refletiam os problemas da educação médica no início desse século, que em grande parte se dava em escolas privadas, a maioria das quais constituíam um negócio altamente lucrativo (BARZANSKY, 2010). As conclusões deste estudo circularam rapidamente: existe superprodução de médicos mal capacitados; há excesso de más escolas de medicina e sua proliferação obedece a razões principalmente econômicas e políticas; o país necessita de menos e melhores médicos; não se melhorou a distribuição espacial dos médicos; os baixos padrões e o mal treinamento não devem constituir o método usual para prover as comunidades de médicos. Conforme Barzansky (2010), sobre esta base Flexner apresentou algumas recomendações que incluíam:

- a atenção médica deve ser baseada no conhecimento das ciências biomédicas, fundamentalmente nas ciências básicas com cursos semelhantes aos oferecidos pela educação alemã (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia);

- só as escolas de alta qualidade devem ser credenciadas a formar médicos, portanto, devem estar afiliadas a universidades. As escolas sem qualidade necessária devem ser fechadas;
- As escolas aprovadas devem privilegiar a educação em laboratórios, na experiência clínica, concentrados nos aspectos de atenção médica individual e com uma organização minuciosa de assistência médica em cada especialidade;
- a valorização do ensino dentro de um hospital de aprendizagem, que conta com um corpo clínico próprio e permanente, com limitada assistência ambulatoria, apenas para casos que precisaram de internação, e que cada hospital contará com um número determinado de camas para cada aluno.

Toda a proposta de Flexner girou em redor do papel do médico no tratamento da enfermidade, tanto que chega a propor que se não existisse a enfermidade não teria razão de ser a existência do médico, sendo categórico em seu juízo acerca de que a qualidade de uma escola pode ser medida pela qualidade dos clínicos que produz, ideia que perdura dentro da educação médica contemporânea.

Em essência, o modelo flexneriano colocou como fundamental a dimensão biológica da enfermidade e a atenção ao indivíduo baseada na “departamentalização” do conhecimento e a especialização da prática médica.

De acordo com Bárbara Barzansky, entre outros autores, com o informe Flexner houve um grande impacto na redução das escolas de medicina dos Estados Unidos, que passaram de 147 em 1910, a 83 em 1921, chegando-se ao número de 76 em 1929. Por outro lado, se alcançou um desenvolvimento gradual de “tempo completo” nas faculdades, primeiro nos aspectos científicos da clínica básica e logo nos departamentos clínicos. Estabeleceram-se os pré-requisitos acadêmicos com estudos de biologia, química e física para a admissão às escolas de medicina. A partir de 1920 foram estabelecidos dois anos de “*college*” para serem admitidos na escola e depois de 1938, dois ou três anos de estudos pré-médico foram estabelecidos como pré-requisitos. Reconheceram-se, ademais, alguns avanços nos currículos dos médicos relacionados com a maior ênfase colocada nos estudos de laboratório das ciências básicas; o controle dos hospitais por parte das

universidades e o uso de dispensários médicos para intercambiar estudos clínicos, assim como programas escalonados de estudos de um mínimo de oito meses por ano por quatro anos adotados por todas as escolas médicas (BARZANSKY, 2010; AMORIM, 2012).

A educação médica brasileira esteve tardiamente marcada pela influência educativa de Flexner, concebida primordialmente como o trabalho de capacitar estudantes nas técnicas intelectuais da “ciência indutiva”, considerando ademais a conexão da educação médica com a educação geral e a própria fragmentação da educação médica. Como conclusão, suas ideias dos aspectos educativos podem ser resumidas da seguinte maneira: suas recomendações sobre os três métodos de ensino das ciências de laboratório: a *conferência didática*, a *lição demonstrativa* e o *exercício prático*. O exercício prático bem conduzido, no qual o estudante é guiado de forma inteligente e não necessariamente estrita, devia ser a coluna vertebral da instrução e a docência. A aprendizagem efetiva não é única nem principalmente uma questão do método particular que se empregue nem do professor que a aplica; é muito mais, é também uma atitude e uma atividade do estudante, já que este deve aprender mais do que ser ensinado (GONÇALVES, 2002).

Nogueira (1994) faz uma boa síntese desta influência ao assinalar que

no interior do universo positivista do flexnerianismo há uma equação bem definida na qual a medicina norte-americana se espelhou e modelou, impondo-a ao resto do mundo no transcurso deste século: a qualidade da formação em medicina é igual à capacidade de dominar e aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica.

Para alguns autores como Nogueira (1994), a educação médica norte-americana gira ainda em torno do legado epistemológico de Flexner. Qualquer intento de mudança curricular começa com o reconhecimento dos princípios de Flexner, chegando inclusive a considerar que algumas propostas de organização curricular por problemas de saúde relevantes (*problem-oriented programs*) ou inclusive, a linha de criação de currículos baseados em treinamentos em unidades assistenciais diversificadas tais como consultórios externos e policlínicos comunitários, que fazem do hospital uma etapa e não o epicentro da capacitação (*community-oriented programs*) permanecem ainda periféricas em relação à hegemonia flexneriana.

Nogueira (1994) sustenta que a ideologia corporativa utilizou para seus próprios fins as conclusões do informe Flexner, “gerando um modelo de prática que transcende os modelos meramente educacionais e se conforma com alcançar o objetivo de uma hegemonia global sobre as questões de saúde...” O flexnerianismo representa assim, antes de tudo, uma manipulação corporativa de princípios educacionais, em relação à qual o autor do famoso informe, como uma pessoa preocupada com os sistemas formais dos aspectos de educação, não pode ser responsabilizado diretamente. As ciências da vida e o conjunto de técnicas de intervenção que se associam com a clínica médica serviram de base para a construção de um domínio autônomo dos espaços do saber e das prerrogativas profissionais dos médicos .

O paradigma “flexneriano” continua na atualidade com adeptos fervorosos ao mesmo, não só pelas boas mudanças que introduziu na Educação Médica, mas também pelos temas em advoga dentro das reformas da educação médica, relacionados com a busca de qualidade e os sistemas de avaliação e creditação, a má práxis, a superprodução de médicos e o excesso de escolas de medicina. Pode-se pensar que o paradigma está naturalizado, no sentido de que não ocorre, a uma boa parte dos educadores médicos, ensinar de outra maneira e possivelmente, não sabem que seu pensamento sobre o ensino da medicina se inclina para este paradigma (LAMPERT, 2004a).

Maria Andrade apontou três hipóteses de trabalho que marcaram a história da educação médica latino-americana. A primeira delas se refere a que:

- a educação médica se encontra no centro de uma intrincada rede de relações e é a resultante da interação entre os diversos elementos que participam na mesma e entre os quais os mais importantes são: a estrutura social e econômica e a da prática médica em cada país; as relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia prevalente em nível profissional, e a estrutura de poder internacional. Entre tais elementos existem relações bidirecionais, ainda que em cada caso é possível comprovar o predomínio da ação em um dos sentidos;

- a segunda hipótese sustenta que a organização dos conteúdos curriculares (estratégia do plano de estudo) e a natureza das experiências educativas contribuem para configuração do marco conceitual da educação médica, tanto ou mais que a transmissão verbalizada de conceitos;
- na terceira hipótese se refere à interação que se estabelece entre a maneira de se relacionar e trabalhar os professores e alunos, por uma parte, e o marco conceitual por outra. As relações variam, em última instância, como consequência de mudanças na sociedade global cuja ação se exerce por meio de diversos mecanismos entre os quais se destacam: as modificações que se sucedem na prática médica e na atenção à saúde, e as variações no número e procedência social dos alunos.

Andrade escreveu também acerca da transformação das escolas de medicina dos Estados Unidos a partir do informe Flexner de 1910, e sua influência nas escolas de medicina de América Latina. Estas mudanças se viram refletidas na dependência das escolas de medicina para com as universidades, na criação de departamentos, na individualização e o no desenvolvimento crescente da aprendizagem, na investigação em ciências básicas e na incorporação do hospital às escolas de medicina para ser utilizado como campo fundamental do adestramento clínico. Esta influência, seguiu, segundo Andrade, até metade do decênio dos quarenta, quando surgiu na Escola de Medicina da Universidade de Western Reserve, em Cleveland, Ohio, o conceito de aprendizagem integrada das ciências básicas, que representava de algum modo, o isolamento dos postulados flexnerianos (ANDRADE 1979).

Os postulados instalados por Flexner, na maioria das escolas, são responsabilizados por haverem contribuído para criar uma separação entre a medicina curativa e a preventiva e à perda da visão do paciente *como um indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade.*

O modelo flexneriano ainda prima atualmente nas faculdades brasileiras pela consistência do modelo com as estruturas orgânicas e os processos organizativos das atividades acadêmicas (departamentos, disciplinas, áreas de conhecimento).

Os currículos integrados podem ser horizontais e verticais. A integração horizontal se expressa em esquemas curriculares ordenados por aparatos e sistemas, em tanto que a vertical incorpora as ciências básicas às clínicas e viceversa. Apareceram em grande parte como resposta às limitações do modelo flexneriano. O primeiro deles foi elaborado em meados dos anos cinquenta pelo Cleveland Clinic Lerner College of Medicine da Case Western Reserve University (CWRU) em Cleveland (Ohio). A integração permite incrementar a relevância das ciências básicas e dos conteúdos científicos nas ciências clínicas. Este modelo obriga a trabalharem conjuntamente os docentes básicos e clínicos, o que permite selecionar os conteúdos de acordo com critérios de relevância. Outra característica do modelo é o contato inicial com a clínica como consequência da integração (LAMPERT, 2004b).

Dois eixos ideais surgiram como proposta educativa: o desenvolvimento de experiências educativas que coloquem o aluno em contato mais próximo com a realidade para estimulá-lo a participar na análise e solução dos problemas e a ideia da aprendizagem integrada que se baseia em uma teoria da aprendizagem que sustenta que o verdadeiro conhecimento só se adquire quando o indivíduo pode manipular o objeto de estudo para analisá-lo por si mesmo e reconstruí-lo. Tal teoria implica que a aprendizagem há de ser sempre ativa, fundada no contato de quem aprende com a realidade concreta, e de caráter criativo e não meramente repetitivo. Supõe, portanto, que a aprendizagem se leva a cabo através da análise e resolução de problemas diretamente ligados à atividade profissional e não através de disciplinas (LAMPERT, 2004a).

Halfdam Mahler, ex-diretor da OMS, considera que em sua maior parte, as escolas de medicina do mundo preparam os médicos não para se ocupar da saúde do povo, mas para um exercício profissional cego a tudo o que não seja enfermidade e tecnologia para combatê-la “[...] estas instituições preparam os médicos para se ocupar de casos raros que poucas vezes se apresentam, em lugar de ensinar-lhes a resolver os problemas comuns de saúde da comunidade” (ANDRADE, 1979). Sobre

o plano de estudo recomendou utilizar a comunidade como contexto de aprendizagem, definir as *atitudes* que o aluno deve adquirir, e considerar o aluno e a aprendizagem como elementos centrais e não o docente e o ensino.

O movimento de reforma curricular nasceu em meio da euforia sócio-econômica geral com respeito ao papel da ciência no progresso mundial, “o currículo centrado nas disciplinas não só tratava de divulgar o saber acadêmico, mas de incluir também os métodos para argumentar, pensar e “ver” o mundo que se considerava a base do trabalho das disciplinas”. A cambiante base econômica da sociedade também repercutiu no movimento da reforma curricular nos anos sessenta, precisava uma mão de obra com as orientações e sensibilidades necessárias para uma economia baseada na ciência e a tecnologia.

Os problemas da educação médica enunciados tanto na década dos anos oitenta como nos anos noventa se inclinavam mais para um debate de caráter epistemológico e político que pedagógico. Reiterava-se a incapacidade do egresso de medicina para dominar uma visão coletiva do processo saúde-enfermidade e assumir uma atitude crítica frente aos problemas de saúde e de suas determinantes. Predominava na grande maioria uma visão biologicista, orientada para a especialização e uma “constante incapacidade para gerar, em sua prática do saber, conhecimentos tendentes à solução de problemas de saúde de uma perspectiva mais abrangente, o que faz que se incorpore a uma prática hegemônica divorciada, em sua maioria, da realidade que afeita aos setores majoritários da população” (LAMPERT, 2004b).

Já nos anos oitenta dois grandes grupos de fatores afetavam a educação médica: aqueles ligados à instituição formadora e os relacionados com a organização e prestação dos serviços de saúde. Qualquer intento de reforma curricular teria que tomar em conta ambos sistemas, avaliando sua interação em fase de situações concretas de cada escola e seu meio social. Por um lado, haveria que contemplar a dependência da formação profissional às pressões originadas pelo mercado de trabalho médico, a deformação da prática médica, influenciada pela indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, a empresa médica, a própria classe médica e o predomínio da especialização (GONÇALVES, 2002).

Por outro lado, em nível da escola se observa a organização curricular por disciplinas que fragmenta academicamente o conhecimento, dificultando uma visão do paciente como um todo, a formação geral do médico e o trabalho em equipe. Em nível didático, consome carga horária improdutiva pela repetição não necessária de assuntos, as restrições de locais de prática, a distorção da avaliação do rendimento escolar contida em limites artificiais das disciplinas e em nível da organização educativa, se observa também nestes anos a continuidade da estrutura departamental como mecanismo do poder dos docentes para manter como hegemônicas determinadas disciplinas dentro do plano de estudo.

Em fins do ano 1984 é publicado um importante documento sobre os “Médicos para o Século XXI, que nos aspectos educativos advogava por estratégias para que as faculdades adotassem métodos para o desenvolvimento de habilidades de estudo independente por parte dos alunos; incorporação do método de “resolução de problemas” e o abandono da educação que coloca o aluno como receptor passivo de informação, o que levaria a reduzir os horários de instrução; mudar a forma de avaliação fundamentadas na memorização a outras que promovam a habilidade de análise e a solução de problemas; a incorporação da informação científica e o uso do computador (MARCONDES, 1998).

Conforme Marcondes (1998), a declaração final da reunião de Punta del Este, em 1994 marca outro feito importante no enfoque da educação médica latino-americana. Assim, expressam que é necessário:

- orientar a formulação de um novo paradigma que revalorize a saúde contemplando seus aspectos biológicos e sociais, para a construção de um desenvolvimento sustentável e comprometido com as próximas gerações;
- implementar transformações necessárias que assegurem uma formação médica da mais elevada qualidade em termos técnicos e de relevância social e uma posterior incorporação a modelos assistenciais humanizados e equitativos;
- mobilizar a Universidade para, a partir de uma concepção ética da vida, poder cumprir com o novo contrato social que reconstrua as bases

solidárias do exercício profissional e reduza as diferenças sociais favorecendo a cobertura universal e justiça social.

Em contraposição ao modelo “flexneriano” encontra-se um modelo epistemológico “crítico”, que reconhece os fatores econômico-políticos como determinantes, na constituição das formas de estratificação social e dos processos de saúde-enfermidade.

Assinala-se que da década dos anos sessenta foram identificados esforços isolados para incorporar aspectos teóricos das ciências sociais à aprendizagem da medicina, marcados pela aplicação da corrente funcionalista, que contribuiu em grande parte a uma concepção estática dos problemas de saúde.

A construção de um modelo educativo alternativo deveria levar em consideração as relações entre o conceito de saúde, os modos de produção e as formações socioeconômicas; as relações entre a organização da ação de saúde, os modos de produção, as formações socioeconômicas e os conceitos de saúde; as investigações históricas sobre a formação, o desenvolvimento e a consolidação das organizações práticas e da educação médica e as atividades de análise e investigação para enriquecer o marco teórico proposto (GONÇALVES, 2002).

Muitos foram os esforços de programas de educação médica inovadores da graduação e pós-graduação tentados em alguns países do continente. Alguns com enfoques em aspectos de medicina preventiva, de medicina integral e medicina comunal ou comunitária, sendo esta última tomada como bandeira do direito à saúde. A ideia fundamental das primeiras propostas foi romper com os marcos circundantes do centro médico e que a medicina penetre na comunidade urbana e rural, onde o povo vive, trabalha e tem seu ser. Em última instância, estas propostas trataram de romper com a ideia de que o hospital era o único centro de atenção e de aprendizagem, que o hospital reforça a ideia de enfermidade e cura e a visão vertical do médico e que a medicina comunitária estaria baseada mais no trabalho em equipe, a incorporação da comunidade e em uma nova forma de aprender a aprender (MARCONDES, 1998).

Os anos setenta se caracterizaram por uma maior equidade na cobertura dos serviços de saúde e o surgimento da atenção primária em saúde como

contraproposta aos modelos de serviço do momento e à incessante divisão técnica e social do trabalho médico e o cuidado atomizado entre distintos trabalhadores da saúde, sendo que nenhum deles tinha a visão holística do paciente, enquanto ser integral e social (RUBENSTEIN, TABLOT, 1998).

Este modelo “crítico” e que se coloca como contraposição do modelo flexneriano, se fundamenta nos mudanças substanciais da concepção da medicina mesma, da saúde e do objeto de estudo ou objeto de conhecimento das mesmas. O avanço das ciências sociais na problemática da saúde-enfermidade gerou uma corrente de medicina social a partir dos anos 70, cujo eixo de reflexão foi a elaboração de uma nova conceptualização biológica e social do processo saúde-enfermidade que sustenta que este binômio guarda uma vinculação estreita com a sociedade na qual se apresenta, que o melhoramento das condições de saúde da população requer algo mais do que a simples intervenção médica e que portanto, tem que envolver algumas mudanças sociais.

Os componentes mais relevantes do processo de mudança ou inovação das experiências citadas foram: a busca de caminhos para a articulação do processo educativo e a prática de saúde, com a incorporação de “atividades extramuros” e trabalho comunitário; o sistema de estudo-trabalho e as atividades de “integração docência-serviço”, o desenvolvimento do eixo de “atenção primária” e a incorporação das ciências sociais ao estudo do processo saúde- enfermidade (GONÇALVES, 2002).

Cabe distinguir no epistemológico e pedagógico os intentos de ruptura, em maior ou menor grau, da aprendizagem por disciplinas e a busca de relação entre os distintos campos de conhecimento, em contraposição à prática educativa fragmentada por campos de conhecimentos, organizados nos clássicos departamentos sugeridos por Flexner, que não se relacionavam e que conspiravam contra a visão integral do ser humano. Neste aspecto, a maioria das experiências latino-americanas que formulou propostas diferentes de organização do conhecimento em unidades de aprendizagem, módulos ou blocos, foi gerada a partir do modelo de aprendizagem integrado desenvolvido pela Escola de Medicina da Universidade de Western Reserve e o da Universidade de Stanford (LAMPERT, 2004a).

Os processos educativos dos anos setenta foram impactados pela meta de extensão de cobertura legitimadas pela adoção em nível mundial da meta de Saúde para Todos com sua estratégia básica de Atenção Primária. Cabe assinalar que esta última meta não foi incorporada em uma grande proporção de programas educativos do continente americano, em parte, pelas contradições que gera ante sistemas de saúde organizados sobre a base de uma altíssima especialização do conhecimento e prática médica.

Os anos oitenta põem em voga dois modelos curriculares fundamentados na orientação para a comunidade (PAC) e a solução de problemas (PBL). O currículo baseado na comunidade (PAC) é considerado como um novo método educativo de aprendizagem das ciências baseados na comunidade, os quais se põem em prática enviando os alunos de primeiro ou segundo ano a um centro de saúde não hospitalar durante um período breve, requerendo que o aluno participe em “projetos” em e com a comunidade. Desde 1979 existe uma rede de instituições educacionais orientadas para a comunidade, à qual aderiram de então mais de 200 escolas de todo o mundo, incluídas muitas de América Latina (MARCONDES, 1998).

O método de PBL fundamentado inicialmente no método por manejo de matrizes, intenta desenvolver o raciocínio e conhecimento para a busca de solução, a partir de aprender a formular perguntas, desenvolver hipótese, sintetizar informação, defender opiniões ou tese com ideias claras, buscar respostas; em definitivo, formar decisores. Utiliza a informação como ferramenta de trabalho, busca estimular a curiosidade e permite ao estudante a aprender a trabalhar em grupo. Se fundamenta em “casos problemas” e o docente faz às vezes de tutor. Considerando os casos estruturados, o objetivo final dos estudantes é chegar a um diagnóstico a partir de uma serie de sintomas, passando pela investigação e debate dos escritos pertinentes, para logo justificar o diagnóstico.

De qualquer proposta alternativa e crítica que surja em educação médica, o importante é considerar como premissa básica o melhoramento da profissão pela missão social que cumpre. Também é necessário melhorar os serviços de atenção e incorporar novos paradigmas que sirvam às novas gerações para fomentar a qualidade de vida das pessoas e o direito à saúde da população. É nesse sentido que a Educação Médica deveria se ocupar mais por melhorar os espaços

formativos, os paradigmas dos docentes e os acordos entre eles para a construção das propostas educativas. Não se trata exclusivamente da definição de programas ou planos de estudo, mas das aproximações sucessivas do que a profissão médica será doravante para o desenvolvimento das gerações futuras.

Mudar a prática educativa requer avançar sobre uma nova concepção e proposta curricular similar à estabelecida por Stenhouse (1991): “tentativa para comunicar os princípios e rasgos essenciais de um propósito educativo, de forma tal que permaneça aberto à discussão crítica e possa ser trasladado efetivamente à prática”. Portanto, não se trata de estabelecer reformas a cada década, mas de manter aberto o espírito de reflexão permanente, que permita aproximações e modelações particularizadas a partir das experiências e avaliações também permanentes.

Este enfoque de mudança permanente, que implica o aperfeiçoamento do docente se inscreve em um modelo curricular como processo, o qual permite adequar o ensino/aprendizagem ao ritmo e peculiaridades dos alunos e onde a dúvida e a pergunta constituem dois elementos permanentes que conduzem a uma colocação curricular baseado na investigação e aprofundamento dos conhecimentos.

Conforme Stenhouse (1991), a variedade de mecanismos pedagógicos pode ser muito ampla; do que se trata em todo caso é de gerar estratégias que permitam aos estudantes:

- processar a informação sobre o observado na prática;
- pensar e resolver problemas de maneira autorregulada;
- gerar uma atitude de aprendizagem permanente;
- gerar novas ideias e ajudar aos estudantes a se converter em profissionais estudiosos impulsionados por metas que se planejam;
- gerar mecanismos de autoavaliação permanente e aplicação de estratégias que lhe permitam superar as dúvidas e os obstáculos;
- gerar mecanismos de aprender a aprender.

Tanto o espírito de aprender a aprender e a reflexão acerca dos processos sobre o observado na prática e a identificação dos problemas e as teorias relativas

aos mesmos serão as ferramentas fundamentais para construir e fomentar novos modelos alternativos de aprendizagem.

O Caminho para o aperfeiçoamento curricular e docente pode ser muito amplo. Huberman (1999) propõe avançar mediante a incorporação e o trabalho em projetos comuns, para o qual proporciona uma série de sugestões que, aplicadas ao caso particular da docência em Medicina resultam valiosas considerar:

- refletir e operar sob o enquadre do paradigma de complexidade e ir abandonando o de simplicidade, sugestões que resultam aptas a pensar em carreiras cujas práticas são complexas;
- considerar a desestabilização, já seja por questionamentos ou crise internas, como oportunidade e caminho estratégico para a renovação
- criar grupos de trabalho, constituídos por diferentes membros de diferentes disciplinas ou especialidade para desenvolver projetos de aperfeiçoamento docente;
- empreender projetos, em torno de um problema-objetivo ou transformação de uma prática, o que fomentara o espírito de grupo, a criatividade, a liderança e contribuirá com o enfoque integral para a solução dos problemas;
- vincular a aprendizagem a situações reais e concretas que estimulem à resolução de problemas tanto da instância capacitadora como da vida cotidiana das instituições de saúde. Neste caso, as situações problemas devem ir mais além dos “problema biológicos dos pacientes”. Terão que ser considerados os problemas reais da prática educativa e a organização dos sistemas e serviços de saúde;
- incorporar em todo projeto institucional os conceitos significativos do conhecimento e os problemas relevantes da sociedade.

Em geral, nos novos programas de aprendizagem baseados em problemas se retomam muitos destes mecanismos e sugestões; implementá-los com êxito é desafio que depende do compromisso de todos os atores envolvidos.

4.3 Modelos Curriculares de Medicina

Existe, na atualidade, um amplíssimo leque de currículos conducentes à obtenção do título de médico, o que reflete uma considerável diversidade de critérios estratégicos. Podem ser agrupados em modelos a partir das estratégias principais que orientam seu desenho. Uma das classificações mais reconhecidas na bibliografia responde às estratégias definidas no modelo SPICES de Harden. Nesta classificação são estabelecidos quatro grandes modelos curriculares, cada um deles com numerosas variantes (DENT, HARDEN, 2009).

O modelo flexneriano, o mais antigo, utiliza estratégias educativas clássicas, e os mais modernos, as estratégias mais inovadoras. Assim, o modelo flexneriano se centra na informação e no professor e se estrutura em áreas de conhecimento, enquanto que o mais novo, o baseado em apresentações clínicas, se centra majoritariamente na resolução de problemas e na participação do estudante, se estrutura em torno a uma aprendizagem integrada e se desenvolve com base em situações clínicas (BARZANSKY, 2010).

Cada um dos modelos responde a prioridades ou metas estratégicas que cada instituição deve ter claramente definidas na hora de iniciar o trabalho de planejamento (Tabela 1).

Tabela 1 - Metas características dos principais modelos de desenho curricular

Flexneriano	Assegurar uma ampla base de conhecimentos científicos Assegurar amplos conhecimentos clínicos
Integrado	Assegurar o raciocínio científico do conhecimento clínico Potenciar um perfil de investigador médico
Por problemas	Assegurar a criatividade e a capacidade crítica Assegurar a capacidade de manejo da informação Assegurar a capacidade de comunicação e trabalho em equipe
Apresentações	Assegurar a aquisição de modelos de raciocínio clínico Assegurar a capacidade de uso dos modelos em diferentes situações

Fonte: Adaptação de Beyer & Liston (2001).

Existem outras estratégias de desenho curricular, como pode ser a baseada na comunidade, que não se refletem nesta classificação.

A proposta de Abraham S. Flexner sobre a formação de médicos nos Estados Unidos é considerada a primeira proposta curricular elaborada para a formação de médicos de alcance mundial.

O modelo flexneriano se caracteriza por um desenho escalonado da aquisição de conhecimentos, dos mais científicos aos mais clínicos, assumindo a cimentação dos segundos sobre os primeiros. Sua integração a deve fazer o próprio estudante. O objetivo principal é a aportação do conhecimento científico à formação médica. Os currículos flexnerianos típicos se caracterizam pelo forte peso das áreas de conhecimento como estrutura nuclear das disciplinas e a tradicional divisão do currículo em dois ciclos, um básico e outro clínico, o que não aproxima o conhecimento científico ao clínico (BARZANSKY, 2010).

O desenho aditivo de Flexner propiciou a fragmentação da aprendizagem em compartimentos estanques (mosaicismo), que não favorece a interrelação do conhecimento.

O desenvolvimento dos programas flexnerianos está profundamente imbuído da ideia de que os conhecimentos científicos são a única ferramenta imprescindível para o desenvolvimento de uma atuação profissional competente. Este modelo não parece o mais indicado para conseguir um raciocínio integrado que constitua a base da formação em competências, pelo menos tal como se aplica em muitos centros (BEYER, LISTON, 2001).

Os conceitos e experiências desenvolvidos na CWRU iniciaram uma etapa de potenciação dos currículos integrados como ferramenta para a melhoria docente através do desenho curricular em novas faculdades, como a *Charité*, na refundida Universidade Humboldt de Berlim. Dentre estes currículos integrados, um modelo que se encontra em expansão, iniciado nos anos noventa nesta última universidade e no *Tomas Jefferson Medical College* de Filadélfia, é o currículo em espiral (DENT; HARDER, 2009). Basicamente, o currículo em espiral consiste em um currículo integrado por sistemas no qual estes se repetem duas ou três vezes ao longo do mesmo. Assim, na primeira aproximação ao sistema, nos cursos iniciais, predominam os conteúdos básicos ordenados por critérios clínicos de uma fácil correlação básica. Na segunda volta da espiral, a aproximação ao sistema se faz

desde uma perspectiva clínica com as aportações básicas pertinentes. Finalmente, a terceira aproximação ao sistema, quando existe, é levada a cabo desde a atividade assistencial. A base que sustenta o caráter integrado deste modelo é o planejamento conjunto da aprendizagem e a distribuição planejada dos conteúdos disciplinares em função de sua adequação ao momento formativo do estudante.

No terceiro modelo curricular, a aprendizagem baseada em problemas (ABP), a estratégia básica se centra na metodologia de aprendizagem. Com relação a estrutura curricular, o resultado é um currículo de conteúdos muito mais integrados que os anteriores .

O ABP como estratégia curricular surge em 1969 na Universidade de McMaster (Hamilton, Ontário, Canadá) e se estende por todo o mundo em muito poucos anos: Universidade de Maastricht (Países Baixos), Universidade de Newcastle (Austrália), Universidade de Novo México (Estados Unidos), Universidade Bem Gurion (Israel) (DENT; HARDER, 2009).

Em essência, o ABP consiste em facilitar ao estudante a aprendizagem dos conteúdos e a aquisição das competências confrontando-o com situações reais com incidência na saúde, a partir das quais deve realizar uma análise da situação e desenhar possíveis soluções para os problemas colocados, selecionando o material educativo a seu alcance. Neste modelo, o papel do professor consiste em desenhar as situações, supervisionar o processo, aportar os materiais de aprendizagem, realizar a avaliação, fomentar o raciocínio do estudante mediante técnicas de gestão do trabalho em grupos, tutorias etc. Contudo em nenhum caso se converte no tradicional provedor sistemático e dogmático de informação.

Este modelo supõe uma mudança radical em todos os aspectos da atividade formativa e requer uma grande mudança do currículo, dos recursos empregados e da cultura do professorado. O ABP constitui a alternativa mais radical ao tradicional modelo flexneriano, o que propiciou numerosos estudos comparativos entre modelos.

Com frequência, a resolução de problemas como metodologia docente também se utiliza satisfatoriamente como uma atividade de aprendizagem em currículos não estruturados como tal.

A diferença principal entre o modelo tradicional e o modelo de ABP consiste em que o primeiro centra sua atividade na transmissão de conhecimentos e sua acumulação por parte do estudante, em tanto que o ABP a centra na aquisição de estratégias e hábitos de raciocínio para enfrentar as situações próprias da profissão.

O mais recente dos modelos curriculares contemplados foi desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de Calgary (Alberta, Canadá) em 1995: é o denominado currículo por apresentações clínicas (CASES) (DENT; HARDER, 2009). Este modelo, de desenho curricular integrado, utiliza metodologia do ABP e se baseia no princípio de intentar transferir ao discente os pontos chave do raciocínio profissional, ao objetivo de que os possa utilizar como modelo de raciocínio no momento de se enfrentar à realidade profissional. Para isso, e diferentemente do ABP, que parte de situações da vida diária, se define um número limitado de “apresentações” (razões pelas quais o paciente procura o médico) mais frequentes ou relevantes. Elas constituirão as unidades formativas a partir das quais se desenha o processo de aprendizagem (objetivos e competências, diagramas de decisão, objetivos de formação e atividades de aprendizagem), nas quais se mesclam discussões de problemas com aproximações mais dirigidas (práticas e simulações). As apresentações podem ser agrupadas por razões organizativas. A Universidade de Brown, nos Estados Unidos, está desenvolvendo um currículo baseado em pacientes virtuais que constitui um passo mais na linha iniciada pela Universidade de Calgary.

4.4 Marco normativo

O entorno normativo brasileiro é um dos principais pontos de partida do desenho curricular e condiciona as decisões que são tomadas acerca do modelo e desenho do novo currículo.

Não é possível, nem desejável, homogeneizar os processos formativos, que em grande parte devem ficar a cargo da perícia de cada universidade; o modelo de reconhecimento deve se basear nas competências adquiridas, que caracterizam os perfis profissionais próprios dos titulados, assegurando assim a comparação das capacidades destes.

O marco de desenho curricular constitui uma mudança copernicana a respeito das reformas anteriores. O ponto chave constituiu a ruptura da unidade curricular do Estado, diversificando as formas nas quais se pode combinar os conteúdos essenciais nas diferentes disciplinas, o que facilitou o aparecimento de algumas integrações horizontais.

4.5 Situação Atual

Os planos de estudos elaborados no Brasil respondem, com algumas exceções, a um modelo curricular flexneriano evoluído, sem que apareça praticamente nenhuma proposta integrada nem baseada em problemas ou em apresentações clínicas (LAMPERT, 2004A).

A evolução do modelo se põe em evidencia por propostas que contêm exemplos de integração horizontal, com frequência de caráter tático (para ajustar tamanhos de matérias a uma modularização preestabelecida), ou por variações no nome das matérias, que em ocasiões refletem intenções de reorientação dos conteúdos. Algumas propostas incluem matérias de introdução, avaliação clínica objetiva estruturada, frequência precoce na clínica ou matérias de integração com um número de créditos muito baixo, Elaboração de portfólios que pretendem dotar ao estudante de uma visão integrada das matérias.

A mudança real induzida pela introdução dos módulos como estrutura que agrupa diferentes matérias foi pouco significativa e, em parte, negativa. Pouco significativa, porque em nenhum caso se concedeu estrutura organizativa alguma ao módulo, sendo a matéria a unidade de programação e de avaliação, com o que o módulo não vai ter entidade real no desenvolvimento operativo do programa, e negativa porque o próprio critério de definição dos módulos contribuiu a retirar as possibilidades de organização daquelas desde um critério de integração vertical (GONÇALVES, 2009).

Com relação a uma disciplina que tenha como conteúdo a Responsabilidade Penal Médica, verificou-se que nos *sites* das próprias Universidades do Estado do Rio de Janeiro que têm curso de Medicina, tanto privadas como públicas, e as principais Universidades do país, como a USP, Unicamp, UFRGS e UFMG não possuem nenhuma disciplina com este conteúdo.

Cabe ressaltar que atualmente há falta de médicos para atender às necessidades da população brasileira. Com o fim de resolver este problema foi criado o programa Mais Médicos.

De acordo como o Governo, o Programa Mais Médicos é:

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais (BRASIL, 2014).

De acordo com a Lei 12.871/2013 que instituiu o programa, são seus objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

Além disso, A abertura de novas vagas de cursos de medicina é uma das ações estruturantes do **Programa Mais Médicos**. Além do provimento de médicos, a estratégia do Ministério da Saúde prevê a reestruturação da formação desses profissionais, sobretudo, com foco nas regiões do país que mais precisam. A meta é – até 2018 – criar 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil de residência médica, com especial olhar para as áreas prioritárias para o SUS.

Na seleção dos municípios onde serão instalados os novos cursos – além do fato desses locais não contarem com graduação para a formação de médicos – foram levadas em conta a necessidade social do curso, a estrutura da rede de saúde para realização das atividades práticas e a capacidade para a abertura de programa de residência médica. Desse modo, a expansão das vagas ocorre de forma planejada e garante a qualidade da formação profissional, medida que reforça o compromisso do Ministério da Saúde em levar a formação aos interiores do país, melhorando, conseqüentemente, a distribuição desses profissionais pelos territórios brasileiros.

As instituições de ensino superior que assumirem a responsabilidade de abrir os cursos – após serem selecionadas – devem realizar investimentos na rede de saúde, além de implantar programas de residência médica de modo a garantir a especialização dos profissionais após o término da graduação. Para garantir a qualidade dos cursos e da formação, será realizada uma avaliação específica para cursos de **graduação** em Medicina a cada 2 anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes. No caso dos **Programas de Residência Médica**, a avaliação específica acontecerá anualmente.

É importante destacar que esse conjunto de medidas – juntamente com a mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) – visa oportunizar uma formação que atenda as necessidades da população que acessa cotidianamente o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como metas, ainda, uma formação com qualidade que aproxime a rede de serviços com as universidades e que favoreça o provimento e a fixação de médicos nos vazios assistenciais. Com isso, será possível garantir uma efetiva formação voltada a atenção básica, bem como a formação de especialistas nas áreas mais carentes da medicina.

Na prática, essas mudanças representam qualidade no atendimento, mais esclarecimentos sobre problemas de saúde do usuário, melhoria do vínculo no cuidado ofertado, ampliação do atendimento, aumento no número de consultas, viabilizar a presença dos médicos todos os dias nas unidades básicas (PORTAL DA SAÚDE 2015).

5 FUNDAMENTAÇÃO PEDAGÓGICA

É tanta a diversidade de usos do conceito construtivismo, que parece um fato comum referir em plural às “orientações construtivistas”. Acudindo à literatura não é difícil comprovar que, efetivamente, o termo construtivismo é utilizado em marcos conceituais e em tradições de investigação diferentes. Tem sentido, então, seguir falando de um único construtivismo? Existem características comuns que permitam referir ao construtivismo como tal?

O construtivismo é, em primeiro lugar, uma perspectiva epistemológica que intenta explicar e compreender a natureza do conhecimento, como se gera e como é mudado.

Não existe acordo geral sobre a natureza do conhecimento em si mesmo ou uma única teoria do conhecimento. Cubero (2005) distingue duas tradições clássicas fundamentais sobre a natureza do conhecimento, às que denomina exógena e endógena. Os investigadores comprometidos com a tradição exógena adotam uma perspectiva dualista na qual se assume a existência de um mundo exterior ou realidade material e um mundo psicológico subjetivo (CUBERO, 1995). De acordo com estas posições, o conhecimento é obtido quando os estados interiores do indivíduo “refletem ou representam ajustadamente a existência dos estados do mundo exterior ou quando a mente serve como um “espelho da natureza” (CUBERO, 2005, p.18). O mundo é uma realidade dada e os indivíduos melhor adaptados são aqueles que conseguem uma representação mais ajustada dela complexa realidade na que vivem; uma cópia melhor da realidade exterior.

A tradição endógena ou centrada na mente, por sua parte, considera que para seu correto desenvolvimento no mundo, os indivíduos chegam a ele com um conjunto de esquemas prefixados ou de categorias *a priori*. O conhecimento, neste caso, é o reflexo de estruturas inatas. Como sucedia na perspectiva anterior, aqui também as propostas são dualistas, quer dizer, reconhece-se a existência de um mundo e de uma mente independentes. Estas duas tradições se correspondem com o empirismo e o racionalismo, respectivamente.

O construtivismo aporta uma nova perspectiva sobre estes problemas. Como posição epistemológica, se distancia tanto do empirismo como do racionalismo. Nas

teorias tradicionais da filosofia ocidental, o conhecimento verdadeiro deve ser uma representação ajustada de um mundo real que se concebe como uma entidade com existência separada e independente de quem conhece (GLASERSFELD, 1996). Tanto o empirismo como o racionalismo são explicações dualistas nas quais os fatos de um mundo real antecedem à representação desse mundo. Esta posição, consistente em considerar que as representações são ferramentas que servem para revelar o caráter dos objetos tal e como são realmente, foi denominada realismo (GLASERSFELD, 1996).

Para o construtivismo, em troca, o conhecimento é uma construção subjetiva, na qual a realidade deixa de ser uma entidade absoluta, como entidade independente ou externa a nós mesmos. Assim, o construtivismo assume que o conhecimento supõe uma perspectiva relativa sobre a realidade (POZO, 1996). Esta não pode ser conhecida em si mesma, mas através dos mecanismos dos quais dispõem as pessoas, de modo que suas condutas determinam o que conhecem e como o conhecem. A realidade é sempre um assunto de interação, algo que se cria mediante nossas ações. Toda chamada “realidade” é a construção que realizaram aqueles que a descreveram. O conhecimento representa, pois, a relação direta com o mundo que experimentamos, as formas (GLASERSFELD, 1996) de tratar com os objetos que chamamos físicos ou os conceitos que denominamos abstratos.

De acordo com o que se vem descrevendo, pode-se resumir que o construtivismo propõe uma alternativa ao conceito mesmo de conhecimento e de conhecer, na qual o conhecimento não é um objeto ou um objetivo finito (MOREIRA, 2011), mas uma ação ou um processo de construção situada e social. O processo de conhecer, então, se concebe e se explica em função de seu caráter funcional, distribuído, contextualizado e interativo (LAVE, 1988).

O paradoxo na que tradicionalmente se situa a relação mente-mundo foi construída pela perspectiva de uma única realidade conhecível, na qual as teorias científicas competem por uma superioridade explicativa e de predição (GLASERSFELD, 1996). Assim, não é possível comparar nosso conhecimento com aquela realidade à qual representa, já que a única forma na qual podemos realizar este propósito é mediante outro ato de conhecimento ou de representação, que forçosamente se relaciona com a experiência de quem observa (GLASERSFELD,

1996). O construtivismo é, definitivamente, uma proposta na qual se concebe o conhecimento como algo provisional, que contempla múltiplas construções e se forma através das negociações dentro dos limites de uma comunidade (CUBERO, 2005).

A adoção de um ponto de vista perspectivista das características do que se está descrevendo, não significa que tudo vale. Ainda que a correção de uma teoria depende da perspectiva adotada e do marco em que se inscreve, existem critérios internos às teorias como são as regras de evidência, consistência e coerência (BRUNER, 1997), que permitem autorizar certas versões frente a outras. A viabilidade dos conceitos, os modelos ou as teorias se relacionam com um contexto de objetivos e propósitos, quer dizer, são viáveis na medida em que se mostram adequados dentro dos contextos nos quais e para os quais foram criados (GLASERSFELD, 1995).

Quando estas ideias se incorporam às explicações psicológicas e formam parte de uma complexa engrenagem sobre a compreensão dos seres humanos, podem-se encontrar diferentes modos de assumir estes princípios. Com efeito, parece que as propostas relativistas em relação com a construção do conhecimento não se estendem à mesma natureza da realidade. Esta postura é evidente nos trabalhos de Piaget (2005) e Vygotski (2007) que não questionam a existência de uma realidade independente do sujeito, contudo também se vislumbra em propostas mais radicais que consideram os aspectos ontológicos como um problema filosófico mais que científico. Pode, segundo esta última ideia, conceber-se uma “realidade” como a existência de algo mais além de uma pessoa, contudo da qual é impossível conhecer sua natureza tal qual é: o que se conhece provem da interação de indivíduo e realidade.

Em pedagogia se fala de um construtivismo evolutivo, educativo, cognitivo, e, em concreto, dentro dos âmbitos evolutivo e educativo, se desenvolveram distintas orientações teóricas e aplicadas relacionadas com os postulados construtivistas. Entre outras, pode-se referir ao construtivismo piagetiano, ao construtivismo cognitivo inspirado na teoria de esquemas e o processamento humano da informação, ao construtivismo social ou sócio-cognitivo, à teoria histórico-cultural do desenvolvimento e da aprendizagem, à teoria sobre a construção do conhecimento

em domínios específicos, etc. (POZO, 1996). Assim, também se denominam construtivistas distintas propostas educativas que se elaboram tomando como ponto de referência a uma ou várias dessas teorias.

As propostas construtivistas nas práticas educativas interpretam a aprendizagem de distintas formas. Para nenhuma delas a instrução direta como prática exclusiva é um contexto privilegiado de construção. Em troca, algumas destas orientações destacam mais a importância de um entorno rico e estimulante da atividade exploradora de alunos e alunas, a colocação de perguntas interessantes e a resolução de problemas; outras, por sua parte, entendem a aprendizagem como a construção de formas viáveis de interpretação do mundo a partir da interação social e educativa, e através da participação em uma aula entendida como uma comunidade de prática específica (CUBERO, 2005).

5.1 As Pessoas como Agentes Ativos

A ideia de conhecer como um processo criativo, no qual os significados são construídos, implica uma concepção das pessoas como agentes ativos, frente a receptores passivos de “inputs” de informação. Ainda que a ideia do aprendiz como um construtor ativo esteja presente em todas as posições construtivistas, o significado desta afirmação varia quando se passa de uma teoria a outra. Assim, enquanto que algumas teorias interpretam este processo como uma construção ou reconstrução interna dos significados, seja com uma carga fortemente individualista ou como resultado de um processo de interação social, outras fogem de qualquer alusão a processos internos ou representações.

Tome-se, de forma resumida, as ideias construtivistas mais afins à tradição piagetiana e à perspectiva do construtivismo radical. De acordo com estas posições, as pessoas interpretam sua experiência em função de seus próprios conhecimentos. Toda mudança na organização cognitiva é uma construção pessoal a partir das experiências de aprendizagem, nas quais as pessoas põem em jogo suas capacidades e as ampliam (BRUNER, 1997). O que possibilita que a experiência seja interpretável, o que permite que as pessoas se apropriem de determinados conteúdos, é precisamente o estabelecimento de relações entre a organização cognitiva do sujeito e as novas experiências. Assim, nosso conhecimento não é uma

mera cópia, mas uma verdadeira construção e uma condição para as novas aprendizagens. O indivíduo não é um agente receptor, mas uma entidade que media na seleção, a avaliação e a interpretação da informação, dotando de significado a sua experiência. A correspondência entre conhecimento e realidade se entende como a adaptação funcional das pessoas a um mundo interpretado.

O processo final resultante não é o reflexo de uma hipotética realidade externa, mas uma construção na qual tomaram parte tanto elementos do entorno como os esquemas cognitivos do sujeito, suas motivações, suas preferências pessoais, sua perspectiva de mundo. O conhecimento dos sujeitos, caracterizado por seu valor funcional e organizado em forma de esquemas (PIAGET, 2005) é considerado como marco de assimilação e de interpretação dos novos conhecimentos. É por isso pelo que se mantém que o indivíduo é o construtor de seu próprio saber e o responsável último de sua aprendizagem, aprendizagem que vem da própria atividade autoestrurante do sujeito (COLL, 1985). É a construção ativa que realiza o sujeito a que promove as mudanças que se dão em sua organização cognitiva; é essa construção ativa a que lhe permite progredir evolutivamente de níveis de desenvolvimento a outros mais complexos.

De acordo com Col (1985), a concepção das pessoas como agentes ativos foi algumas vezes interpretada de uma forma tão trivial que não serviu para discriminar uma posição construtivista, posto que a afirmação de que o sujeito é ativo forma parte, também, de outras posições em psicologia e educação. Esta ideia, além disso, foi em algumas vezes mal interpretada, já que se deduziu dela que as pessoas devem construir por si mesmas todos os conceitos que aprendem, e serviu para defender, assim, uma aprendizagem por descobrimento.

Uma ideia muito similar também está presente na tradição vygotskiana e na teoria histórico-cultural, ainda que dentro de outro contexto argumentativo. Para Vygotski (2007), a participação das pessoas em atividades culturais, nas quais compartilham com companheiros mais capazes os conhecimentos e instrumentos desenvolvidos por sua cultura, lhes permite interiorizar os instrumentos necessários para pensar e atuar. Esta interiorização deve ser entendida não como uma cópia dos processos interpsicológicos externos mas como uma verdadeira construção do plano intrapsicológico (WERTSCH, 1984). O funcionamento intramental, então, não é uma

cópia dos processos intermentais, mas que tem um papel destacado na formação do funcionamento psicológico (WERTSCH, 1984). Há uma interdependência entre os planos externo e interno, de modo que o papel do sujeito, e não só o do grupo, é fundamental para a interrelação de ambos planos. Não é só que o plano interpsicológico seja a origem do plano intrapsicológico; deste último, ademais, vai depender a atividade que se desenvolve no primeiro dos planos.

Vygotski e, posteriormente, Leontiev utilizam o termo da apropriação, para se referir a esta reconstrução que fazem os sujeitos das ferramentas psicológicas em seu desenvolvimento histórico”. Segundo Leontiev (1983), Vygotski interpretava esta aquisição “como o resultado da apropriação por parte do homem dos produtos da cultura humana no curso de seus contatos com seus semelhantes” (p. 121). Neste sentido, os seres humanos, mais que se adaptar aos fenômenos que os rodeiam, os fazem seus, ou o que é igual, os apropriam. Enquanto que a adaptação implica um processo de modificação das faculdades e características dos indivíduos por exigências do meio -ou assim pode ser definido o conceito clássico de adaptação na lógica do determinismo darwiniano –, a apropriação tem como resultado a reconstrução por parte dos indivíduos de faculdades e modos de comportamento desenvolvidos historicamente. A apropriação é um processo ativo, quer dizer, de interação com os objetos e os indivíduos, e de reconstrução pessoal. Um processo ativo e no qual o sujeito tem distintas opções semióticas e no que reflete sua própria idiossincrasia. A apropriação dos signos culturais é também um processo social e comunicativo, já que para que se produza se necessita compartilhar com outros seres humanos uma atividade comum.

De acordo com (ROGOFF, 2010), a aprendizagem pode ser compreendida como a apropriação dos recursos da cultura através de a participação em atividades conjuntas. Através da participação guiada as pessoas podem se apropriar de – ou fazer seus – os conhecimentos e as ferramentas culturais que formam parte da atividade. O conceito de apropriação acentua o fato de que este fazer seus supõe uma reconstrução e uma transformação dos conhecimentos e os instrumentos que são objeto da apropriação (LEONTIEV, 1981). Na opinião de Rogoff (2005), quando em futuras ocasiões as pessoas utilizarem aquilo do que se apropriaram, não terá que ser exatamente da mesma forma em que se empregou na situação de

construção conjunta. Na reconstrução que realizam as pessoas mediam fatores pessoais como a compreensão e a representação que se formaram da situação.

Em relação com o que aqui interessa mostrar, quer-se destacar que o relativo a pessoas, joga um importante papel no caráter dinâmico da zona de desenvolvimento próximo (VYGOTSKI, 2007). As investigações de Cole (1993), realizadas no contexto educativo, mostraram que as intervenções de todos os participantes em uma atividade, e não só as dos mais expertos, são fundamentais para o curso que tomam essas atividades. Ainda que a definição da tarefa predominante seja do professor, quer dizer, que é o professor ou professora quem, na maioria dos casos, guia os intercâmbios e dá sentido ou situa as intervenções dos participantes, os alunos podem também se apropriar da situação em sentidos não previstos pelo professor. As compreensões das pessoas, portanto, desempenham um papel importante no sistema funcional. Todos os pontos de vista implicados em uma zona de desenvolvimento próximo são decisivos para sua evolução. Esta qualidade está estreitamente relacionada com a natureza dinâmica da zona de desenvolvimento mais próximo ou mais imediato (WERTSCH, 1984). Rogoff (2005) destacou, igualmente, o papel ativo que jogam as pessoas nas interações. Segundo esta autora, pode-se dizer que crianças e adultos são interdependentes no desenvolvimento das atividades, nas quais se busca ativamente participar e compartilhar.

5.2 A Dimensão Individual-Social

O eixo mais destacável na descrição das perspectivas construtivistas é o relativo a dimensão individual-social. Em um de seus pólos estariam os intentos explicativos mais comprometidos com os processos psicológicos internos do indivíduo, assim definidos, com toda a discussão sobre a representação do conhecimento e inclusive com grande parte da teorização sobre a dinâmica ativa do sujeito. No pólo oposto, o social, estaria mais relacionado com as práticas culturais, o discurso como mediação e como ação, assim como com as restrições do contexto histórico, cultural e institucional.

A prática psicológica, em grande medida, se sustenta tradicionalmente nas ideias de que conhecer ou aprender é uma empresa individual, na qual o

conhecimento é transmitido de uns indivíduos a outros, e de que o conhecimento está “na cabeça” das pessoas. Estas ideias estão intimamente ligadas à concepção de pessoa que tem nossa cultura ocidental. Bruner se refere a elas como integrantes de uma psicologia popular (BRUNER, 1997).

Ainda que, evidentemente, ao longo da história da psicologia encontra-se correntes e autores que rejeitaram estas ideias, só a história recente nos mostra o que se poderia considerar uma clara revolução contra as posições individualistas. Bruner, construindo uma memória de sua própria evolução em seu livro “A Cultura da Educação” (BRUNER, 1997), mostra uma visão desta tendência que coincide com o desenvolvimento, se não de toda a psicologia, ao menos de uma parte da ciência psicológica. Qualquer texto atual interessado pelos processos de desenvolvimento e aprendizagem humano dedica uma atenção especial a dimensão social. E mais, dentro da diversidade do construtivismo e dos muitos debates que se sucedem, a maioria das posições construtivistas, ainda que não esqueçam o funcionamento individual, dão primazia aos aspectos sociais. Contudo esta natureza social não significa o mesmo para todos, nem se traduz nas mesmas opções teóricas e metodológicas.

De acordo com Wertsch (1983), a primazia assinalada aos fatores individuais ou sociais permite distinguir duas amplas categorias explicativas do desenvolvimento psicológico humano. De uma parte estariam àquelas teorias que consideram que o funcionamento psicológico é fundamental e principalmente individual, e para as quais os aspectos sociais são derivados destes processos. No pólo oposto se pode considerar às teorias que concebem o funcionamento individual como um derivado da prática social.

Piaget e Vygotski são claros expoentes de ambos pressupostos. Não é que nenhum deles esqueceria de maneira simplista um dos pólos, já que as suas teorias foram propostas complexas, mas que a relação entre o social e o individual é concebida nestas teorias de forma distinta (WERTSCH, 1984). Para Piaget (2010) os processos individuais são condições prévias que fazem possível os processos de interação social. Os processos sociais são interpretados de acordo com uma lógica individual, segundo a qual, os outros facilitam o potenciam os conflitos capazes de gerar desequilíbrios e reequilibrações (ROGOFF, 2005), quer dizer, na qual os

outros são uma fonte de estimulação da mudança no pensamento individual. O valor do social é dependente do desenvolvimento intelectual individual das pessoas, já que a aquisição de novos conhecimentos implica a interação das estruturas já existentes no sujeito e a nova informação (JONASSEN, 2007). Assim, a própria participação das pessoas nos contextos sociais depende deste nível de desenvolvimento individual.

A ideia de que os processos psicológicos superiores têm sua origem na vida social, nas interações que se mantêm com outras pessoas, na participação em atividades reguladas culturalmente, é, talvez, o postulado emblemático da teoria histórico-cultural. Vygotski entende que a natureza dos processos psicológicos é essencialmente social e este caráter se conserva inclusive no funcionamento mental no plano intrapsicológico (VYGOTSKI, 2007). Os planos intra e inter mental não se diferenciam de forma simples e estática, mas que estão relacionados de uma forma complexa. A chave para entender o paralelismo entre ambos planos se encontra no emprego dos instrumentos de mediação. O uso que as pessoas fazem das ferramentas culturais e dos sistemas de signos, especialmente da linguagem, em nossa vida social, transforma nosso pensamento e nossas ações (WERTSCH, 1983). Deste modo que a natureza social se introduz e conforma as ações individuais.

Vê-se pois, que em nenhum dos casos há um reducionismo para o individual, tomado de forma exclusiva, ou para o social, mas uma interrelação distinta entre ambos aspectos, que leva a uma explicação do desenvolvimento – e a uma preferência analítica – bem nos termos de fatores “situados” no indivíduo ou de fatores relativos à interação social.

As orientações construtivistas, incluídas as mais relacionadas com a tradição piagetiana, foram incorporando progressivamente uma maior preocupação pelo social e designaram um papel destacado aos elementos sociais, em suas explicações, em seu discurso e em sua agenda de investigação.

Pode-se dizer que as teses construtivistas estiveram e estão levando a cabo uma reconstrução social da mente ou uma reconstrução social do indivíduo.

5.3 A Natureza do Contexto na Construção do Conhecimento

Uma das ideias básicas da perspectiva construtivista é que o funcionamento psicológico está inerentemente situado nos contextos culturais, históricos e institucionais (WERTSCH, 1983). O funcionamento psicológico humano, como já argumentado, tem sentido dentro de um fluxo de interação social no qual distintos participantes compartilham uma atividade prática (COLE, 1993). Ademais, o conjunto de capacidades que se põem em marcha em uma interação são capacidades específicas que se relacionam com esses contextos práticos de ação (VYGOTSKI, 2007). O conhecimento, de acordo com isso, está inserido nas atividades, nas práticas culturais. Logo o estudo da aquisição de conhecimentos deve ter em conta os contextos físicos e sociais nos quais a cultura se traduz em ferramentas intelectuais, lingüísticas, sociais.

Talvez pela ambiguidade que implica o termo contexto, este foi redefinido em conceitos mais concretos e melhor desenvolvido como os de “cenário sociocultural” ou “comunidade de prática”, originariamente extraídos da psicologia ecológica, da psicologia histórico-cultural e da antropologia cultural. Podem-se conceber os contextos nos quais as pessoas desenvolvem suas atividades como cenários socioculturais nos quais se constrói um tipo determinado de conhecimento de acordo com uma epistemologia construtiva que guia que se constrói, para que se constrói e como se constrói o conhecimento nesse cenário particular (PALOFF; PRATT, 2002).

A construção do conhecimento se entenderia, então, como uma construção situada em um cenário sociocultural específico (PALOFF; PRATT, 2002). Cada cenário sociocultural pode ser definido em função de uma série de elementos: o entorno espaço-temporal que lhe é característico; o entramado de pessoas que atuam nesse cenário; as intenções, motivos e metas tanto no plano pessoal como do cenário em si; as atividades e tarefas que se realizam nesse cenário; os formatos interativos e o tipo de discurso que se põem em jogo (ROGOFF, 2005). Os atores, as motivações e as metas, os tipos de atividades e as tarefas que se realizam, a modalidade de negociação dos significados que se constroem e da própria representação do conteúdo da atividade variam, dando lugar a distintos cenários.

Um conceito muito afim ao de cenários socioculturais é de comunidades de prática (PALOFF; PRATT, 2002), igualmente caracterizadas como contextos de prática definidos por um conjunto de pessoas, atividades, motivações e metas. exemplos destas comunidades de práticas seriam a família, a escola, o laboratório. Nestes entornos, as pessoas desenvolvem as habilidades concretas enquanto realizam determinadas atividades significativas dentro de uma cultura específica. Como resultado desta prática regulada, as pessoas constroem seus conhecimentos.

5.4 A Aplicação do Construtivismo

Como foi dito, há duas perspectivas epistemológicas atualmente. A primeira é a objetivista, para quem o conhecimento é absoluto e encontrado na realidade, que está representada por duas teorias de aprendizagem: o behaviorismo, defende que a aprendizagem traz uma mudança de comportamento e sendo assim, ensinar é treinar para novos comportamentos; e o cognitivismo que entende a aprendizagem como um processamento de informação e dessa forma, ensinar é transmitir informações a quem aprende. A segunda perspectiva é a construtivista, para a qual o conhecimento é criado e está representado pela teoria de aprendizado construtivista.

O objetivismo dominou o campo da educação por vários anos. A maioria das abordagens tradicionais para o processo de ensino e aprendizagem se baseia em teorias comportamentais e cognitivas, compartilham pressupostos filosóficos que são fundamentados no objetivismo (MOREIRA, 2011).

Na outra extremidade há o construtivismo. O pressuposto básico e fundamental do construtivismo é de que o conhecimento não existe independente do aluno, o conhecimento é construído. Vários filósofos e educadores estão associados com o construtivismo. Entre os mais importantes estão Piaget, von Glasersfeld, e Vygotsky. Os principais pressupostos filosóficos e epistemológicos do construtivismo são: a) Há um mundo real que estabelece limites para o que se pode experimentar. No entanto, a realidade é local e há múltiplas realidades; b) A estrutura do mundo é criada na mente através da interação com o mundo e se baseia na interpretação; Os símbolos são os produtos da cultura e são usados para construir a realidade. c) A mente cria símbolos para perceber e interpretar o mundo; d) O pensamento humano

é criativo e se desenvolve a partir da percepção, experiências sensoriais e interação social; e e) O significado é resultado de um processo interpretativo e depende da compreensão e das experiências do aprendente (MOREIRA, 2011).

Para o construtivista pessoal o conhecimento é construído na cabeça do aluno, enquanto ele re-organiza suas experiências e estruturas cognitivas. Para os construtivistas sociais, o conhecimento é construído em comunidades de prática através da interação social. Não há como separar as duas abordagens, pois a aprendizagem deve ser vista como um processo de construção individual e ativa, dentro de uma visão neopiagetiana, ou ao contrário, numa visão vygotskiana. Assim, o conhecimento é construído através da interação social e na mente do aluno. O conhecimento é individual e compartilhado. A menos que o conhecimento socialmente construído seja processado na mente do indivíduo e relacionado à suas experiências, não será significativo.

Contexto e conteúdo são cruciais para uma abordagem construtivista e determinar o método e estratégias empregadas em um curso. A aprendizagem é situada em contextos ricos e os conhecimentos adquiridos a partir de um determinado domínio, têm particular relevância para esse domínio. Portanto, o objetivo dos educadores construtivistas é orientar os alunos a pensar e agir como especialistas.

O professor construtivista não espera que todos os alunos aprendam a mesma coisa. É impossível controlar variáveis como, por exemplo, motivação e inteligência. O professor não pode saber de antemão todo o conhecimento específico que cada aluno irá construir. O que ele pode saber é a ampla área do conhecimento e fornecer as oportunidades para os alunos desenvolverem as competências necessárias para explorar um determinado domínio.

Uma vez que resultados de aprendizagem não são “claramente” definidos com antecedência, a questão é como os educadores devem estruturar seus cursos e quais as estratégias eles devem empregar para garantir que os alunos irão construir o conhecimento e significado em um curso. O ensino construtivista coloca grande importância na interação com o ambiente e colegas em contextos da vida real.

Várias abordagens construtivistas baseiam-se em ideias de cognição situada e aprendizagem cooperativa e instrução ancorada.

Em ambientes construtivistas, o professor não identifica objetivos específicos. Avaliação em ambientes construtivistas é livre. O conceito de meta-avaliação foi desenvolvido por Scriven (1983) que argumentou que, na avaliação de programas não se deve levar em conta os objetivos do programa porque isso poderia contaminar os resultados e evitar que o avaliador identifique consequências inesperadas e efeitos de um programa (*goal free evaluation*). Além disso, a avaliação em ambientes construtivistas é dependente do contexto. Ou seja, o contexto dentro do qual se constrói o conhecimento é levado em consideração durante a avaliação.

Ambientes construtivistas promovem a criação de múltiplas perspectivas dentro de uma variedade de contextos. Não há uma compreensão correta e não há uma maneira correta de resolver um problema. Os alunos são incentivados a utilizar múltiplas formas de resolver problemas e justificar suas soluções. A criação de múltiplas perspectivas e pontos de vista chamam a atenção para vários métodos de avaliação. Além disso, os construtivistas estão mais preocupados com a avaliação do processo de construção do conhecimento e não tão preocupados com a avaliação do conhecimento. Vários métodos de avaliação são utilizados para documentar o crescimento dos alunos e procurar por mudanças no seu pensamento e habilidades de aprendizagem.

Avaliação de um curso construtivista não é um passo separado vindo ao final do processo. Em ambientes construtivistas a avaliação é constante parte da experiência de aprendizado, e é usada para fornecer um feedback, tanto para o aluno como para o professor.

A aprendizagem situada, ao conceber a atividade em contexto como o fator chave de toda aprendizagem, situa à educação como parte integrante e indissociável das diversas práticas da vida cotidiana. É importante que não vejamos a mente como isolada dos artefatos e das pessoas.

Brown *et al.* propuseram o conceito de cognição situada e argumentaram que as atividades durante as quais o conhecimento é construído constituem parte

integrante desse conhecimento. Eles postularam que a linguagem é indicial e, como tal, o contexto em que é usada é crucial para o sentido atribuído às palavras. Portanto, a situação em que se constrói o conhecimento é uma parte integrante do processo de aprendizagem. Portanto, aprender torna-se um processo de aculturação. Como aprendizes estão imersos em situações da vida real e atuam como especialistas (LAVE & WENGER, 1991).

Atuar como pessoas de nosso tempo supõe algo mais que o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e técnicos. Os problemas que enfrenta um profissional são complexos, têm múltiplas dimensões e implicações, admitem formulações e resoluções pensadas de diferentes racionalidades. Por isso, resulta necessariamente que os educandos sustentem posições éticas definidas frente aos dilemas implicados em sua atuação como profissionais. É compreensível, então, que as estratégias e os modelos pedagógicos haja posto progressivamente o acento em três grandes objetivos que são interdependentes entre si: o primeiro é transcender as práticas tradicionais educativas centradas na exposição de informações fragmentadas; o segundo consiste em centrar o objetivo escolar no desenvolvimento de competências mais que na aquisição de conhecimentos; o terceiro, em estimular a capacidade dos alunos para antecipar, formular e incidir sobre problemas de ambientes sociais cada vez mais desiguais e incertos.

Sob a denominação de aprendizagem situada se articulam diferentes inquietudes, intuições e teorias. Sem que exista uma significação unívoca, pode sustentar-se que o “situado” da aprendizagem faz referência a um princípio básico: a educação não é o produto de processos cognoscitivos individuais senão da forma em que tais processos se vêm conformados na atividade por uma constelação de elementos que se põem em jogo, tais como percepções, significados, intenções, interações, recursos e eleições.

Ao trabalhar em um caso concreto, a aprendizagem se torna mais significativa para os alunos, que se engajam na interação social, trabalhando em grupos para preparar os seus casos, discuti-los *online*, e justificar suas posições.

6 METODOLOGIA

6.1 Classificação da pesquisa quanto aos objetivos

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa e descritiva. Também se trata de pesquisa exploratória, de procedimento documental.

6.2 Classificação da pesquisa quanto aos procedimentos

Por ser uma pesquisa bibliográfica, optou-se pela revisão de literatura, que tem como escopo epistemológico o enfoque positivista, base da construção do conhecimento jurídico, utilizado como corpo teórico fundamental da pesquisa. Também foi utilizado o método da pesquisa documental para analisar a realidade do curso de medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, mais especificamente, o projeto pedagógico do referido curso, objeto de nossa investigação.

6.3 Considerações acerca do modelo metodológico adotado

Os métodos de pesquisa bibliográfica para a investigação são aqueles que permitem ao usuário utilizar a informação registrada em determinados documentos para levar a cabo sua própria investigação. A construção do conhecimento, elaborada a partir das interpretações de outros autores permite, de certo modo, que a pesquisa elaborada sob a forma bibliográfica construa um novo autor. Se a finalidade de um curso *stricto sensu* é possibilitar dissertar de modo científico sobre determinada questão, a pesquisa bibliográfica, sobretudo norteadas pela metodologia de revisão de literatura, nos permite o contato mais adequado com as teorias que são atualizadas e melhor compreendidas nas mais diversas expressões das realidades. Segundo Eco (2010), até uma tese de doutorado estuda um objeto se valendo de determinados instrumentos e, para ele, esses instrumentos são os livros. Em todo caso, a utilização de instrumentos bibliográficos no desenvolvimento de qualquer investigação é absolutamente imprescindível.

Ensina Andrade (1997) que: “uma pesquisa bibliográfica pode ser desenvolvida como um trabalho em si mesmo ou constituir-se numa etapa de elaboração de monografias, dissertações, etc”.

Neste tipo de investigação levam-se em consideração dois pontos: 1) a investigação bibliográfica é o primeiro e o último passo da investigação geral e não se limita a um período determinado do processo investigador, mas que o acompanha durante todo o tempo de duração; 2) qualquer processo investigador gera, ele mesmo, uma bibliografia própria, pelo que sempre se pode considerar como um trabalho de elaboração de bibliografias, ainda que este não seja o fim principal da investigação (ANDRADE, 1997).

A partir dessas considerações, a presente pesquisa procurou referenciais bibliográficos atualizados sobre a temática da responsabilidade penal dos médicos, entre livros e artigos científicos, procurando abordar conceitos atuais que modelam o referido instituto.

A pesquisa pode ser classificada também como uma pesquisa exploratória, pois a mesma tem como objetivo possibilitar um conhecimento mais detalhado sobre o assunto abordado a partir da análise documental, de modo mais específico, o projeto pedagógico do curso de medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, disponibilizado em seu portal: (endereço web).

Como apontamos no início do item metodologia da pesquisa, quanto ao objetivo, esta pesquisa é uma pesquisa descritiva, pois visa fazer uma análise qualitativa, fazendo-se um levantamento de dados e explicando o porquê destes dados. Assim, expõe as características do fenômeno observado, ao mesmo tempo em que estabelece correlações entre as variáveis em estudo.

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa é qualitativa, ou seja, não utiliza instrumental estatístico como base na análise do problema e possibilita ao investigador um modelo de percepção sobre a realidade. Conforme Minayo (2004, p. 21-22):

o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social, que só se aprende por aproximação é, mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que possamos ter sobre ela. (...) Isto implica considerar que o objeto de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

Segundo Diehl (2004, p. 58) a pesquisa qualitativa descreve “a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos”. Esta abordagem enfatiza a subjetividade e é totalmente dependente da perspectiva de seu autor.

O método de procedimento busca responder detalhadamente como será realizada a pesquisa e quem serão os sujeitos da mesma. O procedimento de coleta de dados utilizado para a pesquisa bibliográfica, levou em consideração autores reconhecidos no meio acadêmico, basicamente das áreas jurídica e educacional, em publicações de livros, artigos científicos e legislação pertinente ao tema, disponibilizados de modo físico e em *sites da world wide web*.

7 O CURSO DE MEDICINA DO UNIFOA

Como foi colocado acima, há mudanças na prática da atividade médica que tornam o seu exercício cada vez mais sujeito a condutas que são tipificadas como crime por nosso Código Penal.

Com a experiência de professor de Direito do Centro Universitário de Volta Redonda – UNIFOA, o diálogo propiciado pelo MEC/CSMA com outras áreas do conhecimento e após a análise de como se dá a formação médica e o currículo da categoria, resolveu-se investigar a constituição da formação dos médicos no curso de Medicina do UNIFOA (Análise do projeto pedagógico) a fim de que o produto seja endereçado a ele, como uma referência para outros cursos, buscando contribuir para sanar o problema da falta de conhecimentos penais na atividade médica.

7.1 Histórico do Curso de Medicina

O Curso de Medicina do UNIFOA foi criado em Volta Redonda no ano de 1968 e autorizado pelo Decreto nº 62.751, de 22 de maio de 1968, reconhecido pelo Decreto nº. 72.938, de 17 de outubro de 1973 e a última renovação do reconhecimento em 27 de abril de 2006, portaria do MEC nº 957.

De acordo com Aragão, Nowak e Pançardes (2012) e como consta do Projeto Pedagógico editado em 2014:

O curso se respalda em uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva, estimulando, no discente, a sua atuação crítica e criativa na identificação e resolução de problemas, considerando aspectos políticos, econômicos, sociais, ambientais e culturais, com visão ética e humanística, em atendimento às demandas da sociedade. Destaca-se a prioridade na formação profissional que contemple a responsabilidade na relação médico-paciente.

Conforme exigências da Resolução CNE/CES nº. 4, de 07 de novembro de 2001, que contém as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a matriz curricular do curso é disposta em um currículo modular transversal, composto de eixos três temáticos transversais e longitudinais integrados, respeitando-se às exigências que se configuram na: EIXO I: Bases Morfofuncionais do Ser Humano; EIXO II: Agressão, Defesa e Relacionamento Médico-Paciente; EIXO III: Cuidados em Saúde.

São objetivos do curso:

- oferecer formação geral aos graduandos, capacitando-os e habilitando-os para serem inseridos na realidade dos serviços de saúde brasileiros, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento individual e coletivo;
- aprimorar as atividades acadêmicas através de uma atualização periódica da estrutura curricular, integrando os docentes e gerando uma busca conjunta pela interdisciplinaridade, desenvolvimento do espírito científico e pensamento reflexivo dos discentes;
- avaliar periodicamente as necessidades sócio-regionais e desenvolver a prática médica integrada com as demandas sociais, prestando serviços à comunidade e fortalecendo a criação de um profissional ético e socialmente responsável, capaz de promover ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde;
- formar um profissional capaz de tomar decisões na prática médica, baseadas nas melhores evidências científicas, colaborando com a formação de uma educação contínua, através do fortalecimento de programas de incentivo à pesquisa e conseqüente integração docente e discente;
- apoiar programas institucionais para capacitação e qualificação docente, gerando pesquisadores e grupos de pesquisa consolidados, estimulando a produção científica e promovendo a sua divulgação para a comunidade;
- estimular as políticas de extensão em busca do atendimento das demandas sociais, promovendo e estimulando eventos relacionados ao lazer, à arte, à cultura e ao esporte (FOA, 2014).

O curso é dividido em 12 (doze) períodos semestrais, tendo a duração de 6 (seis) anos, com carga horária total de 9.900 horas (sic), correspondendo a 8 módulos semestrais de 600 horas cada, totalizando 4.800 horas, e 4 semestres de estágio curricular obrigatório de treinamento em regime de internato, totalizando 4.160 horas (42% da carga horária do curso) e 900 horas de atividades complementares (ARAGÃO, NOWAK E PANÇARDES, 2012).

A Carga horária do Curso de Medicina no UNIFOA é:

COMPONENTES CURRICULARES	CARGA HORARIA TOTAL
DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS	4.800
ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO	4.160
ATIVIDADES COMPLEMENTARES	900
TOTAL	9.860

Na opinião de Aragão, Nowak e Pançardes (2012):

O Curso de Medicina do UniFOA centra seus esforços na necessidade de fornecer à sociedade um médico humanista, dotado de senso crítico, conhecedor dos diferentes recursos à disposição e suas relações de custo-efetividade, de forma a utilizá-los sempre em prol do paciente, de maneira racional e cuidadosa, em consonância ao princípio da não nocividade.

No que tange ao aspecto político da prática médica, cremos que a compreensão e comprometimento do médico com o Sistema Único de Saúde e seus princípios devem ser pedra angular no processo formativo, sendo tônica constante da formação do Curso de Medicina. Esse compromisso é necessário ao profissional que desenvolverá suas atividades no SUS e também ao da Saúde Complementar, conforme a Lei No 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que prevê a integração entre os dois sistemas.

[...]

o Núcleo Docente Estruturante do Curso optou por uma ampla revisão de seu Projeto Pedagógico, visando o desenvolvimento de competências e habilidades gerais dentro das seis dimensões previstas nas DCNs (Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e gerenciamento e Educação permanente) atingido dentro de um ambiente que permita ao aluno ser o elemento ativo no processo ensino-aprendizagem.

Pela Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (9394/96), a estrutura curricular deve contemplar três tipos distintos de conteúdos: Conteúdos básicos - voltados para a formação técnico-científica da área de conhecimento do curso; Conteúdos profissionais - especificamente dirigidos à efetiva preparação para o exercício profissional; Conteúdos complementares - voltados para ampliar o leque de conhecimentos correlatos e permitir uma melhor preparação ética, humanística e técnica.

O Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, definiu como conteúdos essenciais os relacionados com o processo “saúde-doença, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Medicina”. Estabelecendo, que a partir do sexto módulo, os alunos poderão optar, no decorrer do Curso, pelas seguintes disciplinas: Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, Noções de Segurança e Saúde no Trabalho e Produção de Textos Científicos.

Verifica-se que como a maioria dos cursos de medicina o curso do UniFOA manteve inicialmente e até bem pouco tempo uma abordagem flexneriana. A base

do curso era o departamento e suas disciplinas, transformando o aluno num agente passivo da educação e separando completamente o ensino prático e teórico.

Em 2014 foi editado um novo projeto pedagógico do curso de medicina onde a formação do aluno está fundada na qualificação científica, na excelência técnica e o comprometimento social fundamentados nos preceitos da ética.

A nova concepção do curso está fundamentada nos seguintes critérios: educação centrada no aluno, ou seja, ele é agente ativo no seu processo de ensino-aprendizagem e deve ser feita de modo crítico e reflexivo; integração da educação, já que se trabalha com interdisciplinariedade através de eixo e módulos temáticos; Preocupação com as habilidades e atitudes na formação do profissional, não focando-se somente na parte de conhecimento; a avaliação não é só somativa (ou seja formada ao final da disciplina, mas formativa, acompanhando o desenvolvimento do estudante.

De acordo com o Plano Pedagógico:

O foco do processo de ensino, no curso de Medicina do UniFOA, é centrado no aluno, potencializando as chances de uma aprendizagem significativa, atendendo aos conceitos contidos nas DCNs e reforçados pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM e pelos Ministérios da Educação e da Saúde, desenvolve um currículo transversal, com forte característica integralizadora, e incorpora ferramentas das metodologias ativas (UNIFOA, 2014).

Ainda conforme o Plano Pedagógico:

O principal objetivo da universidade é formar profissionalmente o seu aluno, porém, espera-se também que ela promova ações complementares que sirvam de exemplo positivo para formação global do indivíduo e do cidadão.

Nessa perspectiva, o Curso de Medicina tem a preocupação de conscientizar seus alunos que a prática da medicina ultrapassa a mera aquisição de conhecimento científico, destrezas e habilidades técnicas, que são exigências mínimas e essenciais ao bom desempenho da profissão. Para isso, é necessário que o médico formado nesse curso reúna conhecimentos científicos e postura humanística, bem como atitude pró-ativa frente à realidade em que se insere (UNIFOA, 2014).

No que tange a parte pedagógica do curso:

A proposta metodológica do Curso de Medicina está calcada em estratégias e dinâmicas pedagógicas que possibilitam o desenvolvimento de capacidades, tornando o discente um integrante ativo, com possibilidades de desenvolvimento de habilidades de comunicação, relação interpessoal e consciência da importância do trabalho coletivo, através da interação e integração humanas. Para isso, lançamos mão de ferramentas das metodologias ativas de ensino, tanto no uso da problematização quanto na utilização de princípios da Aprendizagem Baseada em Problemas através de estudo de casos clínicos, situações problemas, seminários, produção de artigos científicos, além da inserção e participação precoce no sistema de saúde local e regional (nos níveis primário, secundário e terciário) e, principalmente, a participação em projetos de extensão e de pesquisa.

Outro aspecto fundamental para a aprendizagem significativa, que potencializa a integração teoria e prática, é a funcionalidade dos conteúdos (conhecimentos, habilidades, valores) apreendidos, isto é, o quanto esses conteúdos podem ser, efetivamente, utilizados nas situações da prática profissional. Assim, o processo de teorização, a partir do conhecimento prévio do aluno, é ampliado para possibilitar reflexões mediante situações reais. Nesse sentido, promove-se um ciclo entre ação-reflexão-ação, no qual se pode observar o impacto do processo de aprendizagem, não apenas nos esquemas cognitivos, mas também nas habilidades e valores envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Assim, verifica-se que houve uma evolução muito grande na concepção pedagógica e curricular do curso do UniFOA. Embora não se possa dizer que a abordagem flexneriana tenha sido abandonada de todo, uma vez que ainda é importante a separação por disciplinas.

Há que se ressaltar que a proposta de um curso totalmente voltado para metodologias de estudo de casos e solução de problemas não é fácil e é de difícil implantação.

No que diz respeito a uma disciplina com conteúdo de responsabilidade penal médica, há uma disciplina denominada de Medicina Legal, que em seu ementário trás um conjunto de assuntos jurídicos relacionados à medicina sem tratar da medicina forense:

MEDICINA LEGAL 30h 2T

EMENTA: Ética médica: conceito, histórico e origem. Deontologia e diceologia médica. Conselhos de medicina. Código de ética médica. Código de processo ético profissional. Relação médico-paciente. Exercício legal e ilegal da medicina. Segredo médico. Prontuário médico. Autonomia do paciente. Responsabilidade penal e civil do médico. Ética médica nos transplantes de órgãos, nas técnicas de reprodução e esterilização humanas e na contracepção. Pesquisa em seres humanos. Honorários médicos (UNIFOA, 2014).

Verifica-se que a responsabilidade penal é tratada no corpo da ementa, contudo, de forma superficial, sendo uma disciplina de 30 horas com um conteúdo extenso, tratando de aspectos bioéticos, éticos e também jurídicos. O que nos permite inferir, à luz da experiência jurídico-penal, que haveria a necessidade de se aprofundar os princípios jurídicos de ordem penal, cujos conteúdos dessa natureza já seriam justificadores de uma proposta de ementário independente. Assim, o que se pretende é ampliar a consciência do discente frente às questões remanescentes da atualidade médica, seja no âmbito nacional, como também, da experiência de outros países.

8 JUSTIFICATIVA DO PRODUTO

Conforme indicado anteriormente, o número de casos de negligência médica que se tornam inquéritos penais e posteriormente uma ação penal, atualmente, é mínimo. Ocorre que embora haja a conduta tida como delituosa esta, por diversos motivos, não é noticiada, ou seja, não chega ao conhecimento da Delegacia ou do Ministério Público para que o inquérito seja instaurado, investigado e seja promovida a ação penal. Contudo, essa realidade está mudando. Tanto na Europa como nos Estados Unidos, pouco a pouco, os casos estão sendo relatados, processados e condenados (GUELHENU, 2012).

Dessa forma, a justificativa para a implantação de uma disciplina com conteúdo de responsabilidade penal médica está baseada nas modificações que estão acontecendo fora do Brasil, uma vez que, atualmente, embora haja várias condutas consideradas crimes pela legislação brasileira não há a sua comunicação e por isto o processo criminal decorrentes de atividade médica só ocorre quando há uma queixa do paciente. É importante ressaltar que a maioria dos delitos possíveis pela atividade médica é de ação pública, ou seja, ciente da conduta típica, a autoridade policial ou o Ministério Público tem o dever de entrar com a ação penal, ou seja, este tipo de ação penal não depende de queixa.

Com base neste pensamento é importante que o futuro profissional tenha conhecimento de direito penal e processual penal porque considerando a mudança que está havendo fora do Brasil, certamente ele se deparará com problemas penais em sua carreira.

Para que seja considerado crime no Brasil, a conduta tem que ser, pela teoria dominante: típica e antijurídica e culpável. O corte com o bisturi, por exemplo, é uma conduta típica (art. 129 - Lesão Corporal), mas não é antijurídica, porque o médico o faz no exercício regular da profissão, que é uma das causas de exclusão de ilicitude.

Prescrever remédio errado causando a morte do paciente poderá ser um crime, pois há uma conduta típica (art. 121 – Matar alguém) e antijurídica, pois não foi efetuada dentro de uma das causas de exclusão de ilicitude. Será crime se a conduta for considerada culposa ou dolosa, dependendo da intenção do agente e outros fatores.

Além da conduta finalística (intenção do agente), da tipicidade e da antijuridicidade, há mais dois elementos necessários para que haja a condenação do agente por sua conduta tida como criminosa: a culpabilidade, que se verifica quando coexistem seus elementos que são: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa e se a conduta é punível, pois pode ter havido uma causa de extinção da punibilidade, como por exemplo, a prescrição.

Dessa forma, há diversas condutas médicas que poderão ser definidas como crime, significando que, além do possível ressarcimento na seara cível, poderá o médico ser condenado penalmente, dado o desvalor de sua conduta.

Verifica-se que há duas áreas a serem consideradas quando há um crime: a primeira é a área penal, ao se definir se é crime ou não a conduta e a outra é a área do processo penal, onde há a formação da ação penal, a conclusão do procedimento aplicado ao caso concreto (defesa, provas, audiência, etc.) e a sentença final, seja de condenação ou absolvição. São essas áreas que formam os dois primeiros módulos. O terceiro módulo é formado pelos crimes em espécies. Após uma rápida passagem pelos crimes dolosos que podem ser cometidos por médicos (homicídio, aborto, Atestado falso e outros) encara-se os crimes culposos e omissivos, que são a grande maioria de condutas delituosas cometidas pelos médicos.

Sendo assim, é importante que ele tenha conhecimento do raciocínio jurídico penal, ou seja, como a Justiça age para dizer que há um crime dentre as diversas condutas possíveis, e como se desenvolve um processo penal até a sentença e possível execução (penas).

O não conhecimento deste conteúdo faz com que o futuro profissional possa ser condenado por um delito que se tivesse tido algum cuidado, não o teria cometido.

O profissional de medicina, muitas vezes, tem que tomar decisões em questões de segundo e é importante que este conhecimento da área penal esteja incrustado em sua mente para que possa escolher a opção que não lhe traga prejuízos futuros. Trata-se de uma medicina defensiva.

Na pesquisa efetuada com relação à formação do médico, verificou-se que há uma crítica a abordagem flexneriana de currículo que pode ser estendida a área pedagógica. O conhecimento não deve ser dado de forma estanque ao aluno. Por este motivo, procurou-se desenhar a disciplina com estudos de casos e participação ativa do aluno.

9 PRODUTO

Foi elaborada uma proposta de ementa: RESPONSABILIDADE PENAL MÉDICA. A proposta é que seja uma disciplina, com carga horária de 60 horas à qual foi distribuída em 3 módulos:

MÓDULO 1: FINS, OBJETIVOS, PRINCÍPIOS DO DIREITO PENAL E ELEMENTOS DO DELITO: 20 h

- 1) Direito Penal e o controle social, proteção dos bens jurídicos penais e princípios informadores;
- 2) Definição de delito e seus elementos: fato típico, antijuridicidade, culpabilidade e punibilidade.

O objetivo é o de que o futuro médico adquira um pensamento jurídico penal, possibilitando que entenda como funciona o Poder Judiciário no que respeita às questões penais.

MÓDULO 2: PROCESSO PENAL: 15 h

- 1) Estrutura judiciária do Processo Penal;
- 2) Ação Penal: Pública e Privada;
- 3) Juizados Especiais Criminais, Procedimento Penal Comum e Tribunal de Júri.

MÓDULO 3: CRIMES EM ESPÉCIE PRATICADOS POR MÉDICOS: 25 h

- 1) Crimes Dolosos;
- 2) Crimes Culposos;
- 3) Crimes Omissivos e Comissivos por Omissão.

ESTUDO DE CASOS:

Um estudo de caso é uma análise de um sistema de observação de situações ou processos específicos, a fim de resolver problemas. Procura-se usar situações da vida real. Aos alunos são submetidos casos para análise que deverão ser trabalhados em pequenos grupos a fim de possibilitar a compreensão, diagnóstico e desenvolvimento de soluções.

A utilização de estudos de caso *online* é uma pedagogia que promove a interação e o uso de ferramentas para resolução de problemas reais e de processos.

O estudo de caso oferece importantes recursos e oportunidades de aprendizagem, com maiores oportunidades para a interatividade, a variedade e, conseqüentemente, aumento do realismo.

Busca-se aqui a aplicação da teoria de Espiral de Jerome Brunner, ou seja, de que o aluno não tenha o conhecimento superficial, mas uma visão do total que vai se incrementando paulatinamente, como acontece numa espiral.

Dessa forma, devem ser utilizados os estudos de caso dentro da forma dos procedimentos penais (comum e tribunal do Júri), devendo o professor para tanto, separar a turma em pequenos grupos e em cada grupo o papel de juiz, promotor público, defensor e jurado.

Os casos devem ser planejados para que dêem, uma visão geral de cada módulo. Escolhe-se um crime do módulo 3, utilizando um procedimento do Módulo 2, precisando os conceitos gerais do Módulo 1. O primeiro caso não deve se ater a detalhes, deve ser geral o bastante para que sejam assimilados os conceitos gerais. No segundo caso, aumenta-se a especificidade e assim por diante.

PRODUTO:

EMENTA:

NOME DA DISCIPLINA: RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO

CARGA HORARIA: 60h

PRÉ-REQUISITOS: Nenhum.

FORMAÇÃO DO PROFESSOR: Pelo menos Especialista em Processo Penal, e Direito Penal.

COMPOSIÇÃO DA EMENTA:

MÓDULO 1: FINS, OBJETIVOS, PRINCÍPIOS INFORMADORES DO DIREITO PENAL E ELEMENTOS DO DELITO: Direito Penal, Controle Social, bem jurídico-

penal, princípios informadores, elementos do delito, conduta, tipicidade, antijuridicidade, culpabilidade e punibilidade.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- 1.1. Direito Penal e controle social: O direito penal no Estado Democrático de Direito;
- 1.2. Proteção de bens jurídicos: conceito e funções do bem jurídico penal;
- 1.3. Princípio da culpabilidade;
- 1.4. Princípio da dignidade da pessoa humana;
- 1.5. Princípio da Intervenção Mínima;
- 1.6. Princípio da exclusiva proteção dos bens jurídicos;
- 1.7. Princípio da fragmentariedade;
- 1.8. Princípio da subsidiariedade;
- 1.9. Princípio da proporcionalidade;
- 1.10. Princípio da adequação mínima;
- 1.11. Princípio da insignificância;
- 1.12. A conduta humana como base da teoria do delito;
- 1.13. Ação: Teoria, conceito e casos de ausência;
- 1.14. A omissão relevante para a lei penal: a conduta omissiva própria e a conduta omissiva imprópria;
- 1.15. As condutas: dolosa e culposa;
- 1.16. Resultado: jurídico e material;
- 1.17. Relação de causalidade;
- 1.18. Tipicidade e tipo penal;
- 1.19. Tipos doloso, culposo e qualificado pelo resultado e preterdoloso;
- 1.20. Antijuridicidade: Conceito;
- 1.21. Causas legais de excludentes de antijuridicidades;
- 1.22. Estado de necessidade;
- 1.23. Legítima defesa;
- 1.24. Estrito cumprimento do dever legal;
- 1.25. Exercício regular do direito;
- 1.26. Causa supralegal de exclusão de antijuridicidade: consentimento do ofendido;

- 1.27. Elementos da culpabilidade: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa;
- 1.28. Causas legais de exclusão de culpabilidade;
- 1.29. Punibilidade: Causas de Exclusão;
- 1.30. Relação Causal: dano, conduta, nexo causal.

MÓDULO 2: PROCESSO PENAL: Estrutura Judiciária, Ação Penal, Juizados Especiais Criminais, Procedimento Penal Comum e Tribunal de Júri.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- 2.1. Estrutura Judiciária: Divisão dos Tribunais;
- 2.2. Ação Penal: Pública e Privada;
- 2.3. Atores do Processo Penal;
- 2.4. Juizados Especiais Penais, conceito e requisitos;
- 2.5. Procedimento dos Juizados Especiais Penais;
- 2.6. Justiça comum, conceito;
- 2.7. Procedimento comum;
- 2.8. Tribunal do Júri, conceito e requisitos;
- 2.9. Procedimento do Tribunal do Júri.

MÓDULO 3: CRIMES EM ESPÉCIE PRATICADOS POR MÉDICO.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- 3.1. Crimes Dolosos: Próprios e não Próprios;
- 3.2. Crimes Culposos: Próprios e não Próprios;
- 3.3. Crimes Comissivos por Omissão: Próprios e não Próprios.

9.1 Plano de Aula no Formato UniFOA

PLANO DE ENSINO

CURSO:	DIREITO
DISCIPLINA:	Responsabilidade Penal Médica
CONFIGURAÇÃO:	Teórica
CARGA HORÁRIA:	60 h
PERÍODO:	5º
SEMESTRE:	1º
ANO:	2015

EMENTA:

Direito Penal e o controle social, proteção dos bens jurídicos penais e princípios informadores; Definição de delito e seus elementos: fato típico, antijuridicidade, culpabilidade e punibilidade; Estrutura judiciária do Processo Penal; Ação Penal: Pública e Privada; Juizados Especiais Criminais, Procedimento Penal Comum e Tribunal de Júri. Crimes Dolosos; Crimes Culposos; Crimes Omissivos e Comissivos por Omissão.

COMPETÊNCIAS

Seguindo uma estruturação clássica das competências a serem adquiridas pelo futuro médico estas podem se referir a aspectos relacionados com o que "tem que saber", "tem que saber fazer" e "tem que saber ser". Nestes três grupos, ao menos em teoria, poderão ser encontradas o conjunto de competências relacionadas com aspectos de conhecimentos, de habilidades e de atitudes.

Estes três grupos de competências a adquirir devem permitir ao médico enfrentar a sua triple responsabilidade: frente a si mesmo (como médico), frente ao enfermo (como profissional) e frente à sociedade e o sistema de saúde (como indivíduo social). Ao aluno, ser consciente e ser capaz de saber o que há de fazer em sua profissão, como há de fazê-lo, e de que ele mesmo é o profissional encarregado de fazê-lo, lhe permitirá completar de forma global e unitária sua formação médica. O "que", o "como" e o "quem", no âmbito dos conhecimentos, das

habilidades e das atitudes, nos permite desenhar o mapa de competências nos estudos de medicina a respeito da responsabilidade penal médica.

A. Conceituais. Ser consciente de:

- como funciona o raciocínio jurídico penal. O futuro médico deve apreender o conceito formal de crime e os seus elementos, sabendo diferenciá-los;
- como funciona o raciocínio jurídico processual penal. O futuro profissional de entender como o processo criminal é iniciado e conduzido até a execução da pena;
- os delitos próprios (somente praticados por médicos). O aluno deve conhecer quais são os delitos (crimes e contravenções) que são específicos do profissional de medicina;
- outros delitos que podem ser praticados no exercício da medicina. O aluno deve ter conhecimento dos crimes em geral que também podem ser praticados no exercício da medicina.

B. Procedimentais. Saber como tem que fazer:

- Ler textos legais e interpretá-los.
- Exigir o consentimento do paciente quando necessário
- Praticar a medicina de modo a não incorrer em riscos penais.

C. Atitudinais. Ser capaz de:

- Comportar-se de forma reflexiva e responsável, submetendo-se a crítica e avaliações, refletindo sobre seus resultados;
- Auto avaliar suas competências e sua eficácia profissional
Definir objetivos pessoais de aprendizagem realizáveis e apropriados;
- Reconhecer limitações pessoais e identificar áreas que precisem atualização ou ampliação;
- Selecionar estratégias de aprendizagem segundo suas preferências;
- Usar técnicas de estudo mais apropriadas e efetivas;
- Usar todos os meios técnicos disponíveis.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- 1.1 Direito Penal e controle social: O direito penal no Estado Democrático de Direito;
- 1.2 Proteção de bens jurídicos: conceito e funções do bem jurídico penal;
- 1.3 Princípio da culpabilidade;
- 1.4 Princípio da dignidade da pessoa humana;
- 1.5 Princípio da Intervenção Mínima;
- 1.6 Princípio da exclusiva proteção dos bens jurídicos;
- 1.7 Princípio da fragmentariedade;
- 1.8 Princípio da subsidiariedade;
- 1.9 Princípio da proporcionalidade;
- 1.10 Princípio da adequação mínima;
- 1.11 Princípio da insignificância;
- 1.12 A conduta humana como base da teoria do delito:
- 1.13 Ação: Teoria, conceito e casos de ausência;
- 1.14 A omissão relevante para a lei penal: a conduta omissiva própria e a conduta omissiva imprópria;
- 1.15 As condutas: dolosa e culposa;
- 1.16 Resultado: jurídico e material;
- 1.17 Relação de causalidade:
- 1.18 Tipicidade e tipo penal;
- 1.19 Tipos doloso, culposo e qualificado pelo resultado e preterdoloso;
- 1.20 Antijuridicidade: Conceito;
- 1.21 Causas legais de excludentes de antijuridicidades;
- 1.22 Estado de necessidade;
- 1.23 Legítima defesa;
- 1.24 Estrito cumprimento do dever legal;
- 1.25 Exercício regular do direito;
- 1.26 Causa supralegal de exclusão de antijuridicidade: consentimento do ofendido.
- 1.27 Elementos da culpabilidade: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa;

- 1.28 Causas legais de exclusão de culpabilidade;
- 1.29 Punibilidade: Causas de Exclusão;
- 1.30 Relação Causal: dano, conduta, nexos causal.
- 2.1. Estrutura Judiciária: Divisão dos Tribunais;
- 2.2. Ação Penal: Pública e Privada;
- 2.3. Atores do Processo Penal;
- 2.4. Juizados Especiais Penais, conceito e requisitos;
- 2.5. Procedimento dos Juizados Especiais Penais:
- 2.6. Justiça comum, conceito;
 - Procedimento comum;
 - Tribunal do Júri, conceito e requisitos;
 - Procedimento do Tribunal do Júri.
 - Crimes Dolosos: Próprios e não Próprios;
 - Crimes Culposos: Próprios e não Próprios;
 - Crimes Comissivos por Omissão: Próprios e não Próprios.

METODOLOGIA DE ENSINO

1ª parte: Primeiramente, será introduzido o tema com uma apresentação em PowerPoint de alguns casos envolvendo crimes cometidos pelos médicos. Logo será pedido aos estudantes que dêem seu ponto de vista acerca das situações colocadas. Posteriormente, em aula expositiva com apoio de PowerPoint o professor dará a conhecer o conteúdo básico da aula.

2ª parte: A partir do conteúdo da aula e dos casos apresentados, os estudantes deverão, através de uma atividade grupal, apresentar suas respostas a perguntas efetuadas e compartilhar suas respostas com o grupo.

CATEGORIAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
1. Conteúdo	Demonstra completo entendimento do tema.	Demonstra um bom entendimento do tema.	Demonstra um bom entendimento de partes do tema.	Não parece entender muito bem o tema.
2. Limite-Tempo	Duração da apresentação é de 5-6 minutos.	Duração da apresentação é de 4 minutos.	Duração da apresentação é de 3 minutos.	Duração da apresentação menor que 3 ou maior que 6 minutos.
3. Argumentação	Nas respostas às perguntas do material é evidenciada a argumentação da totalidade do tema tratado.	O estudante pode com argumentação contestar a maioria das perguntas feitas no material de trabalho.	O estudante pode com argumentação contestar algumas perguntas feitas no material de trabalho.	O estudante não pode contestar argumentando as perguntas feitas no material de trabalho.
4. Vocabulário	Usa vocabulário apropriado ao tema.	Usa vocabulário apropriado. Inclui 1-2 conceitos de forma inteligível.	Usa vocabulário apropriado. Não inclui vocabulário novo (visto em aula)	Usa várias (5 ou mais) palavras ou frases que não são coerentes com o tema tratado.

AVALIAÇÃO

Os alunos serão avaliados através das respostas às perguntas do material escrito que entregue a cada grupo. A nota será extensiva aos participantes de cada grupo. Os critérios presentes na pauta se traduzirão na nota de 1.0 - 7.0: Muito bom: 6.6 - 7.0; Bom: 5.1 - 6.5; Suficiente: 4.0 - 5.0; Insuficiente: 1.0 - 3.9.

Antes de ser realizado o trabalho o professor informará todos os critérios aos estudantes para que nas respostas ao material escrito em sua exposição oral tenham presente o que será avaliado.

Assim, o professor somará as notas das categorias e as dividirá pelo total destas, a saber (quatro).

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

CARDOSO, Alaercio. **Responsabilidade civil e penal dos médicos**. São Paulo: Del Rey, 2002.

COUTINHO, Luiz Augusto. **Responsabilidade penal do médico**. Curitiba: Juruá, 2006.

LACAVA, Nelson. **Responsabilidade penal do médico**. São Paulo: Quartier Latin, 2009.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. Parte Geral. Volume 1. São Paulo. Ed Saraiva, 2014.

PACELLI, Eugênio. **Curso de Processo Penal**. São Paulo. Ed. Atlas SA, 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

SOUZA, Néri Tadeu Câmara. **Responsabilidade civil e penal do médico**. 3. ed. São Paulo: Servanda, 2008.

SOUZA, Paulo Vinícius Sporleder de. **Direito penal médico**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

WEBER, César Augusto Trinta. **O ato médico e a responsabilidade penal**. Porto Alegre: EDIPICRS, 2012.

10 CONCLUSÕES

Até aqui temos oferecido um breve e parcial panorama sobre os aspectos que preocupam mais na atualidade em torno da responsabilidade penal por comportamentos de má práxis dos profissionais médicos. Em qualquer caso, é desejável encontrar um equilíbrio entre os interesses daqueles e dos pacientes quando se detecta a produção de um prejuízo por má práxis que deixe incólume o necessário clima de confiança que deve presidir as relações entre ambos.

A satisfação da exigível compensação pelo dano sofrido deve ser compatibilizada com a não perturbação do trabalho diário e pacífico da imensa maioria dos médicos e demais profissionais da saúde, com o fim de que possam realizar seu mister funcional de forma eficaz e sem aumentar as tensões às quais já costumam estar submetidos pela própria natureza e estruturação de seu exercício profissional.

Por outro lado, deve-se evitar que se insira entre os profissionais um sentimento de perturbação indevido, deixando-o a salvo da persecução penal dos casos mais graves, com o fim de prevenir também o exercício de uma medicina “defensiva” que seria igualmente prejudicial para pacientes e médicos. E, em qualquer caso, dever-se-ia continuar com a busca de soluções adequadas e adaptadas à realidade concreta da Medicina de nossos dias.

Assim, tendo em vista às mudanças que a tecnologia e a modernidade têm trazido à área da saúde, buscando o equilíbrio médico x paciente, a necessária tranquilidade para a prática de uma boa medicina – que seria deixada de lado caso o profissional ficasse com receio de uma ação penal, foi proposto a inclusão da disciplina Responsabilidade Penal do Médico para o curso de medicina, em especial o do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, para o qual foi preparada a ementa anteriormente citada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Dalmo de Souza. **Abraham Flexner: modelo de educador a burocracia e a filantropia**. São Paulo: Holos, 2012.

ANDRADE, J. **Marco conceptual de la educación médica en América Latina**. Washington: OPS-OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.28, p. 2-10, 1979.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ARAGÃO, Júlio César; NOWAK, Lara Danielle; PANÇARDES, Bruna Casiraghi. **A integração curricular em um currículo de medicina**. Disponível em: <<http://www.ensinosaudeambiente.com.br/eneciencias/anaisiiieneciencias/trabalhos/T96.pdf>>. Acesso em 20 set. 2014.

BARZANSKY, Barbara. Abraham Flexner and the era of medical education reform. **Journal of American Medical Association**, v.11, p.1247-1254, 2010.

BEYER, Landon E.; LISTON, Daniel P. **El currículo en conflicto**. Madrid: AKal, 2001.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado do Direito Penal**. 8. ed. Saraiva, 2013.

BRASIL. **Lei Nº 12.871, de 22 de OUTUBRO de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em 15 nov. 2014.

_____. Portal da Saúde. **Mais médicos**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>>. Acesso em 15 nov. 2014.

BRUNER, Jerome. **Atos de significado**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

COLE, Michael; ENGSTRÖM, Yrjö. A cultural-historical approach to distributed cognition. In: SALOMON, Gavriel. *Distributed cognitions: psychological and educational considerations*. New York: Cambridge Press, 1993.

COUTINHO, Luiz Augusto. **Responsabilidade penal do médico: teoria, jurisprudência, prática**. Curitiba: Juruá, 2006.

CUBERO, Rosário. *Perpectivas constructivistas: la intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. Barcelona: Graó, 2005.

DENT, John A.; HARDEN, Ronald M. **A practical guide for medical teachers**. 3. ed. New York: Churchill Livingstone, 2009.

DIEHL, Astor Antonio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 23. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GLASERSFELD, Ernst von. **Constructivismo radical: uma forma de conhecer e aprender**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002.

GUELHENU, Ricardo. **O médico e o Direito Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

HENDRY, Petra Munro. **Engendering curriculum history**. New York: Routledge, 2011.

HUBERMAN, S. **Cómo se forman los capacitadores: Arte y saberes de su profesión**. Buenos Aires: Paidós, 1999.

JESUS, Damásio Evangelista de. **Curso de Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 2011.

JONASSEN, David. H. *Computadores e ferramentas cognitivas: desenvolver o pensamento crítico nas escolas*. Porto: Porto Editora, 2007.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, João José Neves et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004A.

_____. **Na transição paradigmática: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado**. Cadernos ABEM, Rio de Janeiro, v. 1, p. 23-25, 2004B. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_cadernol/jadete_ilnal.pdi>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2009.

LAVE, Jean; Wenger, Etienne. **Situated learning: legitimate peripheral participation**. New York: Cambridge: 1991.

MARCONDES, Eduardo; GONÇALVES Ernesto L. (Coords.) **Educação médica**. São Paulo: SARVIER, 1998.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo:Hucitec,2004.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual do Direito Penal**. 30. ed. São Paulo. Atlas, 2013.

MOREIRA, Marco Antonio. **Teorias de aprendizagem**. São Paulo: EPU, 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Gestão de qualidade do ensino médico. In: SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Brasília: OPAS, 1994.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral – Parte Especial. 9. ed. rev. atual. e ampl. – São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PALLOFF, Rena M.; PRATT, Keith. *Construindo comunidades de aprendizagem no ciberespaço*: estratégias eficientes para salas de aula on-line. São Paulo: Artmed, 2002.

PIAGET, Jean. *Psicologia e pedagogia*. 10. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2010.

RODRIGUES, Alvaro da Cunha Gomes. **Responsabilidade médica em Direito Penal**: estudo dos pressupostos sistemáticos. Lisboa: Almedina, 2007.

ROGOFF, Barbara. **A natureza cultural do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RUBENSTEIN, Warren; TALBOT, Yves. **Ensino médico no atendimento ambulatorial**: Um guia prático. Porto Alegre: Artmed, 1988.

SANTOS, Alexandre Martis dos. **Responsabilidade penal médica**. São Paulo: America Jurídica, 2002.

SCRIVEN, M. **Evaluation models**: viewpoints on educational and human services evaluation. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1983.

SOUSA, Paulo Vinícius Sporleder de. **Direito Penal médico**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

STENHOUSE, S. **Investigación y Desarrollo del Currículum**. 3. ed. Madrid: Morata, 1991

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos do direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1999.

UNIFOA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina.** Disponível em: <<http://www.unifoa.org.br>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A formação social da mente.** 7. ed. São Paulo: Martins Fontes: 2007.

WEBER, Cesar Augusto Trinta. **O ato médico e a responsabilidade penal.** Porto Alegre: Edipucrs, 2012.

ZAFFARONI, Eugenio Rail; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal brasileiro: Parte Geral.** 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. **O inimigo no Direito Penal.** Rio de Janeiro: Revan, 2007.

PRATES, Núria Derviche; MARQUARDT, Marcelo. A responsabilidade penal do médico e o processo penal. Disponível em: < <http://jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-241.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

PORTAL DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos. Novos Cursos de Medicina.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos>. Acesso em 19.03.2015.