

## A INTERFERÊNCIA DO PODER ECONÔMICO NA FORMAÇÃO DO MÉDICO COMO UM OBSTÁCULO AO EFETIVO ACESSO GARANTIDO À SAÚDE NO BRASIL

THE INTERFERENCE OF ECONOMIC POWER IN PHYSICIAN TRAINING AS AN  
OBSTACLE TO EFFECTIVE GUARANTEED ACCESS TO HEALTHCARE IN BRAZIL

Lourenço de Miranda Freire Neto<sup>1</sup>  
Miguel Kfourir Neto<sup>2</sup>

### RESUMO

A realidade brasileira mostra que a garantia constitucional do acesso à saúde não possui a efetividade necessária para atestarmos a concretude da norma. Nesse contexto, surge uma inquietação: Será que tal constatação resulta apenas da incapacidade de gestão do poder público na persecução dos seus objetivos sociais? Acreditamos que a problemática perpassa por uma situação que precisa ser vista de maneira mais holística, a saber, sob o ponto de vista da formação profissional dos médicos. Portanto, produzimos uma pesquisa explicativa, de procedimento *ex-post-*

*-facto*, tendo em vista o estudo das relações de causa e efeito entre o acesso à saúde e a formação profissional de médicos. Objetivamos, dessa forma, expor que o atual modelo de ensino médico está arraigado pela ingerência do poder econômico e, assim, tem se levantado como o grande obstáculo para a efetivação do acesso à saúde no Brasil, para, então, propor uma solução que corrija essa distorção.

**Palavras-chave:** acesso à saúde; formação profissional; ingerência econômica.

### ABSTRACT

The Brazilian reality shows that the constitutional guarantee of access to health care does not have the necessary effectiveness to attest the concreteness of the standard. In this context, a restlessness arises: Does such a finding only result from government management of

<sup>1</sup> Doutorando em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, em regime de cotutela e dupla titulação com a Universidade de Salamanca - Espanha. Mestre em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco. Bacharel em Direito pela Universidade Federal da Paraíba. Advogado e Professor.

<sup>2</sup> Pós-Doutor em Ciências Jurídico-Civis junto à Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Doutor em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Direito das Relações Sociais pela Universidade Estadual de Londrina. Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Maringá. Licenciado em Letras-Português pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professor-Doutor integrante do Corpo Docente Permanente do Programa de Doutorado e Mestrado em Direito Empresarial e Cidadania do Centro Universitário Curitiba.

disability in the pursuit of its social objectives? We believe that the problem permeates a situation that needs to be seen in a more holistic way, that is, from the point of view of the professional training of doctors. Therefore, we produced an explanatory research, ex-post-facto procedure, in order to study the relationships of cause and effect between access to health and professional training of doctors. We aim thus exposing the current medical teaching model is rooted by the interference of economic power and thus has risen as the major obstacle to the realization of access to health care in Brazil, to, then, propose a solution that corrects this distortion.

**Keywords:** access to health; professional training; economic interference.

## 1 INTRODUÇÃO

O jaleco, peça de tecido branca utilizada pelos profissionais da saúde, em especial pelos médicos, é largamente utilizado como verdadeiro equipamento de proteção individual, mas que acaba por servir igualmente como instrumento de identidade profissional, com menção à formação e à titulação, prestando-se, ainda, como meio de afirmação na hierarquia social e funcional.

A peça traz em tempos hodiernos, portanto, além do malfadado simbolismo de importância hierárquica, uma preocupante ambivalência, a saber, a simbiose com o símbolo maior do poder econômico, o dinheiro.

No Brasil, desde a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988, vivenciamos enormes conquistas teóricas, isto é, foi produzido um texto fantástico e temos uma Carta Magna repleta de importantes direitos e garantias.

Por outro lado, quando fazemos um paralelo entre o que está escrito com o que é vivido no cotidiano, enxergamos grandes distorções. E dentre os casos mais patentemente graves, está a garantia do acesso à saúde, diuturnamente ferida e relegada.

Os motivos que levam a tal constatação que conduzem ao impedimento de sua fruição pelos cidadãos possuem particularidades e minúcias e são em grande parte por problemas afeitos ao Estado brasileiro e sua incapacidade em prover serviços públicos de qualidade.

Por outro lado, urge o enfrentamento da questão sob a óptica da formação profissional dos médicos, modelo esse que está impregnado de mercantilismo e lapidado não pelos anseios sociais, mas pelo egoísmo econômico e pelas idiosincrasias dos atores profissionais inseridos na atual sociedade de consumo.

## 2 A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL E OS ENTRAVES PARA A SUA EFETIVAÇÃO

O fundamento da arte médica estaria na ideia filosófica da *physis*, da natureza. Assim, a prática médica seria o resultado de um processo histórico inerente à própria necessidade da mortal natureza humana, sendo, portanto, fundamentada pela necessidade (*ananke*), pela justiça (*dike*) e pelo inevitável (*adratea*). A saúde era vista como o mais importante dos bens, e o médico, instrumento de restabelecimento dessa, por amor à arte, à natureza e ao homem (BEIER, 2010).

Notamos, portanto, que o próprio legado, a base histórica da ciência médica, acaba por ratificar o seu notório grau de imprescindibilidade. Normativamente, portanto, verificamos a importância do direito à saúde e sua colocação como uma das garantias mais fundamentais ao ser humano.

Buscar uma base permanente e única para os direitos humanos seria uma tarefa impossível. Não se pode colocar um fundamento incontestável para delimitar que tal direito é fundamental, pois eles são fruto, na verdade, de um dado momento histórico, isto é, das percepções e anseios de determinada sociedade especificada no tempo e no espaço (BOBBIO, 2004).

Logo, devemos procurar, em cada caso, analisar um direito específico e, assim, estabelecer as suas condições, mecanismos e hipóteses de atuação, bem como o grau de importância social e histórico que lhe é atribuído, para que possamos encontrar seu fundamento de validade como algo basilar (BOBBIO, 2004).

Por outro lado, com o crescente aumento do rol de direitos fundamentais, conforme a evolução histórica da sociedade, e apesar da sua grande heterogeneidade, podemos verificar determinadas características básicas inerentes a esses direitos, dentre as quais destacaremos apenas algumas.

A universalidade é a marca primeira, a qual anuncia que, uma vez sendo os direitos fundamentais inerentes ao homem pela sua própria natureza, os titulares desses direitos são todos os indivíduos. Por outro lado, apesar de não ser “impróprio afirmar que todas as pessoas são titulares de direitos fundamentais e que a qualidade de ser humano constitui condição suficiente para a titularidade de tantos desses direitos” (MENDES, 2009, p. 274), perceberemos que “alguns direitos fundamentais específicos, porém, não se ligam a toda e qualquer pessoa” (MENDES, 2009, p. 274). Isso, pois, “a fundamentação desses direitos implica reconhecer que determinados objetivos vitais de algumas pessoas têm tanta

importância como os objetivos básicos do conjunto dos indivíduos” (SANCHIS apud MENDES, 2009, p. 274).

Outra característica básica é a da historicidade, que revela o caráter de construto histórico e cultural, ao longo de uma contínua evolução, atribuído aos direitos fundamentais, que “nascem quando o poder do homem sobre o homem cria novas ameaças” (BOBBIO, 2004, p. 6). Constituem-se, portanto, “remédios que são providenciados por meio da exigência que o mesmo poder intervenha de modo protetor” (BOBBIO, 2004, p. 6). Dessa feita, “o que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e em outras culturas” (BOBBIO, 2004, p. 19).

Além disso, eles são direitos inalienáveis e indisponíveis, ou seja, seus titulares não podem de maneira alguma colocá-los à disposição, bem como, encontram-

-se dispostos no ordenamento jurídico positivo, notadamente nas Constituições.

Assim, uma vez inseridos nos textos constitucionais, possuirão aplicação imediata e vincularão os Poderes, pois “os atos dos poderes constituídos devem conformidade aos direitos fundamentais e se expõem à invalidade se o desprezarem” (MENDES, 2009, p. 279), precisamente pela força normativa da Constituição.

Finalmente, vê-se que “no qualitativo fundamentais acha-se a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive” (SILVA, 2005, p. 179).

Logo, temos a inexorável conclusão que o direito à saúde se constitui um verdadeiro direito fundamental. A necessidade de saúde é algo inerente a todo indivíduo, sendo claramente universal. Historicamente, tal garantia está ligada ao ideal de perpetuação da espécie humana e aversão à morte. No atual momento, notabiliza-se pela busca cada vez maior por vida longa e plena, não sendo, de forma alguma, um bem possível de disponibilização, por ser um atributo umbilicalmente ligado à dignidade humana.

Assim, seu ingresso no vigente ordenamento jurídico constitucional brasileiro se deu, dentre outros, por meio do artigo 197 da Constituição Federal de 1988, o qual assevera:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, resta claro que a garantia do acesso à saúde se notabiliza como um direito

eminentemente fundamental, razão pela qual se encontra previsto constitucionalmente e obriga os poderes públicos a concretizarem-no. Logo, está sistematizado em mecanismos de proteção e de (tentativa de) efetivação no ordenamento jurídico nacional, embora enfrente diversos entraves nessa persecução.

O advento pleno na redemocratização brasileira veio com a Constituição Federal de 1988. A Carta Magna ditou as novas bases do nosso modelo sanitário, instituindo o Sistema Único de Saúde, por meio do seguinte artigo:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Por sua vez, em 1990, as Leis n. 8.080 e 8.142, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde, regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso ordenamento jurídico infraconstitucional.

Note-se que, em se tratando de políticas públicas, conforme determina a Constituição, as ações são pautadas pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade.

O primeiro aspecto é reflexo de uma repactuação federativa, com a tentativa de retirar os estados e os municípios do papel de meros coadjuvantes, trazendo-os para o protagonismo, lado a lado com a União.

O atendimento integral, por sua vez, preconiza uma assistência total e universal na busca do restabelecimento da saúde, trata-se de um modelo de garantia de vida saudável, não mais de mera cura de doenças, logo, com foco na medicina preventiva, sem qualquer restrição quanto aos titulares desse atendimento. Portanto, o SUS engloba também questões envolvendo meio ambiente, vigilância sanitária, fiscalização de alimentos, dentre outras enumeradas no artigo 200 da Constituição Federal.

Como terceiro ponto, a participação da comunidade vem como corolário das intensas lutas sociais vividas no país, e insere os cidadãos como participantes ativos na construção do sistema de saúde e da própria prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades.

Dessa feita, seguindo esses princípios, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). A integração dos profissionais que compõem as equipes do Programa – basicamente

médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com a comunidade e as famílias atendidas vem por meio da atuação em regiões geografi-camente delimitadas e com populações específicas.

Assim, a chamada atenção primária tem tido nítida evolução e funcionado na redução da mortalidade infantil e de internações hospitalares, sendo serviço de re-ferência para uso habitual por 57% da população em 2008, contra 42% em 1998 (GIRARDI; CARVALHO; DER MAAS; FARAH; ARAÚJO, 2010).

Por outro lado, a despeito de pontuais conquistas, nosso paradigma de assis-tência à saúde ainda é bastante inócuo, com problemas que envolvem subfinancia-mento e estrutura precária, com reflexos sobretudo nas atenções secundária (pres- tação de serviços especializados), terciária (procedimentos de alto custo) e hospitalar, além de vastas desigualdades regionais e carência de profissionais.

Convém ressaltar, ainda, que o nosso sistema, apesar do predomínio público, é heterogêneo, isto é, composto de uma parte pública e outra parte privada. No setor público, os serviços são financiados pelas três esferas estatais, federal, estadual e municipal; no setor privado, os recursos advêm da iniciativa privada ou do Poder Público; há, outrossim, o setor da saúde suplementar, onde vigoram planos privados de assistência à saúde e apólices de seguro-saúde, este último, apesar de regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), repleto de dificuldades.

No entanto, como há notória hegemonia dos prestadores de serviços públi- cos, financiados com recursos dos tributos, podemos afirmar que nosso modelo é, hipoteticamente, um sistema universalista, de acesso geral, irrestrito e igualitá- rio, conforme explicitado na nossa Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgâ- nicas da Saúde.

A saúde brasileira, apesar das inegáveis conquistas advindas da reforma sanitária e da implantação do SUS, padece de graves e inequívocos problemas. Em primeiro lugar, é importante abordar o tema sob o prisma das finanças públicas. Há, de maneira específica na saúde pública nacional, um claro subfinanciamento, além de, genericamente, enfrentarmos uma péssima e injusta repartição de receitas tri- butárias, a qual gera um descompasso entre arrecadação e investimento.

O Brasil, conforme dados mais recentes disponíveis, datados de 2009, inves-te 8,7% do Produto Interno Bruto (PIB) na saúde. Ocorre que, em um modelo uni- versal e gratuito como o nosso SUS, a esmagadora maioria desse investimento deveria vir de financiamento público, o que não é o caso. Dos referidos 8,7%, apenas 3,8% do PIB foram de despesas

custeadas pela administração pública, ficando os restantes 4,9% bancados pela iniciativa privada, em um nítido subfinanciamento (IPEA/DISOC, 2009).

Ainda há outro notório paradoxo orçamentário. A União, por um lado, detém, na repartição de receitas tributárias, cerca de 58% da arrecadação (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2015). No entanto, seu gasto com saúde, já incluindo os repasses aos estados e municípios, corresponde a 1,85% do PIB, isto é, menos da metade do total de gastos públicos na área, em uma clara desproporção que penaliza os demais entes federados e gera a escassez de recursos para atendimento à população (IPEA/DISOC, 2009).

Portanto, uma das primeiras soluções a serem implantadas para obtermos melhorias na saúde brasileira pressupõe uma maior destinação de recursos públicos para a área, visto que, ao compararmos com o modelo inglês, o qual possui as mesmas premissas do nosso, especialmente a gratuidade e a universalidade e que investe um percentual de 9,3% do Produto Interno Bruto, sendo cerca de 80% proveniente do setor público (OECD, 2013), notamos um cristalino subfinanciamento.

Além disso, de maneira mais geral, conforme explicitado nos dados acima, é mister repensar o modelo federativo brasileiro, notadamente o nosso paradigma de repartição de receitas que, diferentemente do modelo estadunidense, mais se assemelha ao de um estado unitário.

No entanto, não é apenas o baixo nível de investimento que produz o modelo altamente deficitário que vivemos. Há, outrossim, inequívoca má-gestão. Em recente pesquisa sobre eficiência dos sistemas de saúde, realizada pela consultoria Bloomberg (2014), com dados publicados em 19 de agosto de 2013, abrangendo 48 países escolhidos por ter população de ao menos cinco milhões de habitantes, Produto Interno Bruto *per capita* de no mínimo cinco mil dólares e expectativa de vida de pelo menos setenta anos, o Brasil ficou na última colocação, com base na ponderação conjunta de três critérios: expectativa de vida *versus* o custo de saúde *per capita* absoluto (incluindo ações de planejamento, cuidados preventivos etc.) e relativo (gastos diretos) (BLOOMBERG, 2014).

Por isso, mesmo a atenção básica que, conforme exposto neste capítulo, possui grandes conquistas e funciona um tanto a contento, carece pela falta de gestão qualificada e, sobretudo, pela forma precária de contratação da mão de obra, sujeita a contratos temporários e terceirização. Portanto, urge a adoção de uma gerência cada vez mais profissionalizada e a contratação de todos esses profissionais por meio de uma carreira nacional com estabilidade funcional.

Além disso, as nossas assistências secundária e terciária são nitidamente deficitárias. Na Inglaterra, além da funcional atenção primária, a ampla rede hospitalar funciona de forma satisfatória, possivelmente por ter sido sempre pública. Já no Brasil, quando do início do SUS e da tentativa de se estabelecer o Programa de Saúde da Família, de maneira semelhante ao *general practitioner* britânico, os leitos estavam em grande parte nos setores privados, filantrópicos e lucrativos, os quais vendiam os serviços ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Dessa feita, mediante estudo realizado em 2013 em 116 hospitais públicos, responsáveis por 27.614 leitos ou 8,6% do total de leitos na rede pública, espalhados por todos os estados da federação, foram diagnosticados entraves recorrentes, de gravidade e complexidade relevantes, tais como: insuficiência de leitos, superlotação de emergências hospitalares, carência de profissionais de saúde, desigualdade na distribuição de médicos no país, falta de medicamentos e insumos hospitalares, ausência de equipamentos ou equipamentos obsoletos, não instalados ou sem manutenção, inadequada estrutura física, e insuficiência de recursos de tecnologia da informação (BRASIL, 2014).

Na pesquisa, foi verificado que 64% dos hospitais analisados possuem taxa de ocupação da emergência acima da capacidade prevista, e em 19% essa situação é frequente, e em apenas 6% não há casos de superlotação. Ainda foi diagnosticado que em 81% dos hospitais o problema basilar é o reduzido quadro de profissionais. Em 63% dos hospitais, a recorrente ausência ao trabalho dos profissionais causa danos substanciais na prestação dos serviços e no atendimento à população (BRASIL, 2014).

Como dito, a força de trabalho contratada precariamente contribui para a falta de prestadores de serviços, além da escassez de mão de obra, sobretudo nas regiões interioranas. A estatística de médicos por cada mil habitantes nas áreas abrangidas pelas capitais do país é de 4,56 em média, enquanto, no interior, esse indicador cai para 1,11, denotando uma desigualdade regional vivida também entre estados, onde, por exemplo, no Maranhão, temos um índice de 0,71, contra 4,09 do Distrito Federal (BRASIL, 2014).

Para tanto, inclusive, já tivemos uma controversa solução implementada atualmente pelo governo brasileiro, com o denominado programa “Mais Médicos”, o qual gerou um intenso debate entre governo, oposição, população e entidades representativas da classe médica. A maior justificativa para o programa era justamente a carência de profissionais, que não estariam dispostos a trabalhar em regiões pobres do país.

Trata-se de uma medida paliativa que poderia perfeitamente ser corrigida com a



adoção da já mencionada carreira médica nacional, medida que se encontra em curso para aprovação, por meio da Proposta de Emenda à Constituição n. 46 de 2013. Por outro lado, não se pode olvidar de fazer uma análise da reação dos profissionais médicos nesse contexto, sobretudo diante do comportamento impregnado de corporativismo e sedento por reserva de mercado que vivenciamos.

Ora, a medicina hoje é uma das únicas profissões em que a concorrência no mercado de trabalho é praticamente nula, e mesmo o mal profissional é absorvido imediatamente após a conclusão do curso pelo Sistema Único de Saúde, recebendo o Estado um salário que o coloca entre os profissionais recém-formados mais bemremunerados do país, ainda que em um modelo de contratação censurável. Por outro lado, fomos confrontados com uma atitude beligerante e vitimizante da classe, inclusive com discurso preconceituoso de raça e nacionalidade dirigido aos médicos estrangeiros contratados pelo programa.

Porém, todas essas cristalinas constatações da realidade pátria parecem não ser adstritas a desvios de caráter de uma classe ou de determinadas pessoas, massim a um amplo contexto de formação profissional não humanizada e impregnada pelos conceitos da sociedade de mercado, traços que não combinam com o sentido do mister médico e das necessidades sociais em saúde, tema que clama por resolutividade em uma ação muito mais holística, de causas e consequências a serem abordadas a seguir.

### **3 A INGERÊNCIA DO PODER ECONÔMICO NA EDUCAÇÃO**

A dialética, fundada na Grécia Antiga, inicialmente era conceituada como a simples arte do diálogo, da exposição de um pensamento por meio de argumentos aptos a definir e distinguir de forma clara os conceitos inseridos na discussão. Posteriormente, uma concepção moderna passou a defini-la como um modelo de raciocínio sobre as contradições da realidade, de maneira a compreendê-la como naturalmente contraditória e em permanente transformação (KONDER, 1998).

Com base nisso, conceberam-se três pilares conceituais. Primeiramente, a mudança possui momentos de ritmos mais lentos, quando a realidade se altera quantitativamente, e cadência mais rápida, com modificações qualitativas. Em segundo lugar, a realidade não pode ser compreendida isoladamente, pois seus diversos aspectos se entrelaçam e suas aparentes contradições, em virtude da interpenetração dos contrários, em determinados contextos, formará uma unidade. Logo, em um terceiro aspecto, nota-se que esse movimento geral da realidade mutável e contrastante é, em último caso, lógico, com sentido, pois sempre

que enxergamos uma afirmação e uma negação do ponto de vista unitário, extrairemos uma síntese inteligível para aquele contexto (KONDER, 1998).

Em oposição à dialética, surgida da inquietude sobre o fato de aceitar que a realidade está em permanente mudança, está a metafísica. Nela está calcada a defesa que a existência, no seu aspecto essencial, profundo, seria imutável. Vigora a defesa de uma concepção estável e estática para a realidade e para o conhecimento (KONDER, 1998). Portanto, ter uma posição antidialética é negar a complexidade social, o que leva a um modelo de pensamento assaz individualista e de manutenção da malfadada estratificação social.

Referidos conceitos antagônicos vigoram e influenciam também quando se concebe o fenômeno educacional. A concepção metafísica da educação gira exclusivamente em torno do homem e sua essência. A educação humana é vista como algo individual, como um valor particular, um triunfo pessoal, seja para atualizar ou para descobrir sua natureza tida como imutável (GADOTTI, 1986).

Por outro lado, a concepção dialética da educação pressupõe que a formação do homem deve ocorrer pelo desenvolvimento de sua consciência coletiva, o que só se realiza concretamente por meio de um processo de interação. A educação não é mera atualização de uma essência passada, nem a busca incansável por uma perfeição individual impossível, pois é vista como o construto do homem coletivo, do ser social (GADOTTI, 1986).

Assim, a formação do homem para a pedagogia dialética é vista como uma tarefa social, sem focar o processo pedagógico nem no estudante nem no professor, suas múltiplas determinações. O desenvolvimento humano é tido como resultante da interação entre os aspectos internos, as contradições do interior do indivíduo, e externos, a complexidade do meio social. Logo, ela é comprometida com a formação do homem coletivo e não do homem individual (GADOTTI, 1986).

Dessa feita, pensar de forma dialética a educação é, outrossim, produzir uma síntese entre o saber teórico e o conhecimento prático, a saber, a própria práxis. É importante, portanto, privilegiar o modo dialético de tratar a educação, com a adoção da filosofia da práxis, vista, nessa óptica, como um meio de compreender o conhecimento teórico adquirido sem dissociá-lo da perspectiva prática, que será sempre voltada à inserção do sujeito educando e de sua gnose em um contexto coletivo, social, interativo.

A racionalidade técnica levou o processo de formação profissional a trilhar um caminho diverso, bastante desastroso. Ela encara o saber de maneira puramente lógica, concebendo o exercício profissional como simplesmente instrumental, isto é, direcionado para

solucionar problemas por meio da mecânica e exata aplicação de teorias e técnicas científicas anteriormente aprendidas (GÓMEZ, 1995).

Logo, o conhecimento teórico é metodicamente dissociado do aspecto prático, sendo esse considerado hierarquicamente inferior, já que estaria adstrito a um momento em que ocorre uma ação cujos rumos devem obedecer estritamente à prevalente teoria. Assim, os produtores do conhecimento são erroneamente colocados em um patamar superior ao dos executores de seus dogmas (GÓMEZ, 1995).

Dessa feita, constatamos que referido modelo leva a um completo despreparo do profissional na compreensão da dinâmica social, muito mais complexa que as receitas prescritivas estudadas no campo teórico, o que o torna um ser completamente alheio e desvinculado da realidade. Além disso, o individualismo de uma educação metafísica aflora, pois o homem passa a buscar a ilusão do desenvolvimento perfeito do ser por meio da apreensão de todo o conhecimento teórico possível sobre determinado objeto de estudo.

O caminho diametralmente oposto é o de manter a estrutura estratificada, mas com a primazia do saber empiricamente adquirido, em detrimento dos cânones teóricos. No entanto, acreditamos que a crítica ao modelo da racionalidade técnica não deve se dar nos moldes do praticismo, da supervalorização da prática, demonizando-se o conhecimento teórico formal. Defendemos, na verdade, uma nova visão que privilegie a articulação teoria-prática no processo de aprendizagem.

Referidos conceitos ao longo do tempo foram vistos sempre como distintos, separados. Como maneira de equacionar os dois planos racionais de produção do conhecimento e de formação profissional, surge uma importante faceta da filosofia da práxis, como uma operação ao mesmo tempo teórica e prática que altera a visão humana acerca da natureza e da sociedade. A práxis é prática, no momento em que a teoria, como norteadora da ação, instrui a atividade humana, e é teórica, na hora em que esta ação é consciente (VÁSQUEZ, 1977).

A teoria por si só é incapaz de transformar a realidade. Pode auxiliar em sua transformação, no entanto, para tal, precisa transcender-se; tem que ser apreendida pelos que vão ocasionar, com suas ações reais, efetivas, referida transformação. A prática isolada é igualmente inócua. Entre a teoria e a atividade prática essencialmente modificadora está inserida uma atuação educadora das consciências, de articulação entre os meios materiais e planos concretos de ação, encarada como um curso indispensável para criar ações reais e efetivas (VÁSQUEZ, 1977).

Dessa forma, uma teoria será prática no momento em que materializa, por meio de uma série de mediações, o que antes só existia idealmente, porém com o conhecimento prévio da realidade ou com a antecipação ideal da transformação concreta que se pretende operar. Por conseguinte, operacionalizar-se-á “a coincidência da modificação das circunstâncias com a mudança da própria atividade humana, ou a autotransformação” (MARX apud KONDER, 1992, p. 117).

Logo, vemos que, no ensino, privilegiar o aspecto teórico por um lado, ou o aspecto prático por outro, é gerar incompletude no processo de conhecimento, isto é, fomentar uma má formação profissional, ao deixar de promover uma autotransformação no indivíduo receptor do saber. Aqui, a teoria não mais subsiste como um compêndio de enunciados sistematizados *a priori*, passando a ser prescrita a partir da orientação das necessidades concreta da realidade. De igual modo, a prática não é mero meio de comprovação da teoria, ou simples ato de aplicação teórica, mas uma ação reflexiva com vistas a enriquecer a teoria (CANDAUI; LELIS, 1995).

Assim, é preciso focar na filosofia da práxis como meio de impor ao ensino uma indissociação entre teoria e prática, apta a fazer que as pessoas em formação, concebendo a educação sob o prisma dialético, tenham sempre o foco na função social de tudo que aprendem e constroem como futuros profissionais, atuando como um homem coletivo. Por outro lado, há um grande desafio na implantação dessa visão: o modelo individualista formatado pela sociedade de consumo e a crescente ingerência do poder econômico na educação, notadamente na educação médica.

Ocorre que a transição da modernidade para a pós-modernidade, ou da “modernidade sólida” para a “modernidade líquida”, possui marcas importantes na transformação da humanidade. O primeiro ponto que merece destaque é o da emancipação. A roupagem dada aos seres humanos é cada vez mais individual e o processo de individualização caminha a passos largos na defesa que o homem precisa se libertar, para se reinventar, reformular-se e reinsserir-se quase que diariamente nessa mutável e complexa cadeia de entrelaçamentos que se tornou a sociedade. Precisa, portanto, enxergar-se individual e isoladamente, isto é, ver sua identidade como um dado, como uma parte isolada do todo. Nesse contexto, inicia-se o império do individualismo (BAUMAN, 2001).

No atual mundo fluido, as coisas deixaram de ser predeterminadas, irreversíveis, irrevogáveis. Busca-se abrir múltiplas possibilidades e oportunidades, de maneira que as pessoas são levadas a acreditar que podem se tornar qualquer um, que em torno do “eu”, da

minha vontade enquanto indivíduo. A anterior intenção de desenvolvimento de uma boa sociedade calcada na figura de uma grande autoridade, o Estado, se dissipa e se pulveriza; as figuras que simbolizam lideranças se multiplicam. A modificação do caráter do capitalismo está justamente centrada nisto, na “não sociedade”, na concepção que “a redenção e a condenação são produzidas pelo indivíduo e somente por ele – o resultado do que o agente livre fez livremente da sua vida” (BAUMAN, 2001, p. 76).

Com isso, operou-se uma guinada da sociedade de produtores para a sociedade de consumidores, com reflexos dos mais amplos campos da vida humana. As pessoas são medidas e avaliadas pela aptidão para entreter e alegrar, voltadas não mais para a vocação ética de produtor e criador de genuínos efeitos positivos para toda a humanidade, nação ou país, mas sim para satisfazer individualmente experiências, desejos e sensações ambicionadas isoladamente pela massa de consumidores (BAUMAN, 2001).

A sociedade de consumo é uma representação muito maior que apenas acreditar que, por considerarem o consumo agradável, as pessoas passaram a gastar seus tempos consumindo e se esforçando para ampliar sua capacidade de consumir, em busca de mais prazer. Essa nova concepção social acaba por gerar um tratamento diferenciado em todos os aspectos do nosso ambiente social, sujeito a ações humanas agora completamente pautadas e orientadas pela síndrome consumista (BAUMAN, 2009).

Em vez do foco produtivo, pautado por objetivos de longo prazo, planos de vida coerentes, bens e prazeres duradouros, passou-se ao afã de não retardar a realização de nenhum prazer, buscando-o sempre de imediato. Ao mesmo tempo, o objetivo alcançado é substituído rapidamente, pois a promessa de realização, satisfação, para se manter sedutora, precisa sempre continuar como um desejo irrealizado. Logo, ao invés de paulatinamente produzir, focando em um objetivo futuro e duradouro, quer-se apenas consumir e descartar, consumir e descartar, imediatamente e rapidamente, tudo o que se pode imaginar como integrante da volição humana (BAUMAN, 2009).

Até mesmo paternidade/maternidade passaram a ser enxergadas sob essa óptica. Na antiga sociedade de produtores, os filhos tinham exatamente esse papel; na medida que eram integrados e somados à força de trabalho familiar, estavam aptos a produzir riqueza. Posteriormente, eles passaram a ser tidos como uma aposta incerta de futuro, que iria tirar de imediato tempo e dinheiro dos genitores. Logo, na sociedade de consumidores, são desejados unicamente pelo prazer paternal ou maternal que se espera proporcionarem, ou seja, como se fossem verdadeiros objetos de consumo, enxerga-se os filhos como meros provedores de

alegrias (BAUMAN, 2004).

Ademais, um dos mais deletérios reflexos da sociedade de consumidores está justamente na educação profissional e na consequente transformação, das pessoas em geral e dos profissionais especificamente, em mercadorias. O trabalho passou a ser apartado da sua natureza de projeto, missão universal, vocação para uma vida toda partilhada com a humanidade. Sem o fundamento ético da sociedade, ele perde seu norte seguro, sua fixa autodeterminação, sua identidade como projeto de vida. Em lugar disso, ele adquire um significado meramente estético, isto é, anseia-

-se que ele seja satisfatório por si e em si mesmo (BAUMAN, 2001).

Logo, resta-nos reconhecer que vivenciamos clara ingerência da sociedade de consumo nos diversos aspectos da vida humana, notadamente na educação, precisamente na formação de médicos, visto que em uma sociedade de consumo nenhuma pessoa “pode se tornar sujeito sem primeiro virar mercadoria, e ninguém pode manter segura sua subjetividade sem reanimar, ressuscitar e recarregar de maneira perpétua as capacidades esperadas e exigidas de uma mercadoria vendável” (BAUMAN, 2008, p. 20).

Devemos, então, para concluir esta pesquisa, analisar como o diálogo teoria, prática e práxis atua na educação especificamente médica, bem como, de que maneira a ingerência da sociedade de consumo distancia a formação médica do norte dialético, isto é, das necessidades sociais em saúde, com predomínio da ingerência do poder econômico, afetando, por conseguinte, a efetivação da garantia constitucional do acesso à saúde.

#### **4 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICA COMO OBSTÁCULO PARA EFETIVAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE**

O saber médico tem vivido um modelo assaz questionável, sobretudo diante da fundamental importância social desse ramo do conhecimento, bem como, sua necessária carga humanitária, hodiernamente distante das discussões na academia e no exercício funcional. Com isso, o perfil dos médicos formados pela universidade brasileira apresenta diversos elementos negativos (AMORETTI, 2005) os quais influem diretamente na efetividade do acesso à saúde.

A difusão científico-tecnológica na área fez que a formação profissional médica estivesse voltada, desde a graduação, para a especialização, e, dessa feita, os cursos de medicina passaram a ser verdadeiros cursinhos preparatórios para as provas de residência médica e para o aprendizado e exercício da medicina especializada, estando os eixos da teoria e da prática completamente dissociados de um modelo de práxis educacional, isto é voltado

para a função social da profissão.

Assim, o mercado de trabalho, onde vigora o predomínio do sistema público, é incapaz de absorver toda a mão de obra de superespecialistas, que acabam por integrar, dentre outros serviços públicos, equipes de saúde da família, atendendo a atenção básica sem qualquer preparo amplo que a área exige. No Brasil, apenas 2,8% dos médicos que atuam na atenção básica possuem formação generalista, contra 50% do sistema inglês (AMORETTI, 2005).

Norteados pelas grandes corporações que exigem um saber superespecializado, em meio ao império do poder econômico, os médicos constroem suas formações em busca do monopólio do conhecimento no uso dessas técnicas difundidas pela constante inserção da tecnologia na saúde, algo capaz de gerar grande capacidade econômica, afirmação social e reconhecimento de sucesso profissional, mas com aplicação distante da realidade cotidiana da esmagadora maioria dos centros médicos e inaplicáveis na atenção básica, local onde grande parte dos profissionais que não conseguem absorção no mercado passam a atuar. Logo, formam-se com tendência a sempre medicamentar a cura, além de incorporar frequentemente insumos e equipamentos ao diagnóstico e ao tratamento, em uma visão oposta ao modelo de saúde que acabam tendo que se inserir para exercer a profissão.

Ademais, o perfil do profissional formado pelas universidades atualmente é eminentemente utilitário e biologicista, ou seja, que enxerga seus pacientes apenas do ponto de vista da fisiologia, da anatomia, do seu microfuncionamento e constituição celular e genética, sem atentar para o caráter histórico, cultural, filosófico e sociológico da natureza humana, buscando a rápida solução para o diagnóstico e tratamento da patologia, de maneira puramente técnica, com uma visão utilitarista, longe do tratamento humanizado, de enfoque holístico.

Além disso, formados em um modelo individualista e mercantilista, os médicos acabam por fomentar uma mentalidade elitista da saúde, realizando procedimentos pautados por interesses econômicos, com resistência para lidar com as demais profissões da saúde em igualdade, fato que os distancia de compreender a relevância da atuação de equipes multiprofissionais e do estudo interdisciplinar, requerendo exclusivamente para si o uso das técnicas e conhecimentos, em uma estrutura de poder pelo saber deveras corporativista, com vistas à manutenção desse controle.

Esse egocentrismo também gera uma onipotência na sua atuação curativa, junto com a preservação de uma relação paternalista com pacientes e familiares; os médicos buscam

manter o protagonismo do diagnóstico e do tratamento, sem oportunizar, desse modo, ao atendido e a seus parentes, a participação ativa na decisão sobre qual a melhor opção para o restabelecimento de sua saúde.

Ao lado disso, assumem uma postura crítica do Sistema Único de Saúde, mesmo possuindo claramente amplo conhecimento sobre esse, internalizando uma aderência aos estudos de saúde coletiva, prevenção e promoção da saúde, ao passo que buscam não se envolver com as facetas administrativas e de gerenciamento da saúde pública, vivendo como se inseridos em um contexto liberal e autônomo da saúde, parecendo acreditar que desenvolvem a profissão em um país como os Estados Unidos da América, quando a realidade brasileira é exatamente a contrária, com sistema universal e majoritariamente público, semelhante ao do Reino Unido.

Portanto, além de completamente comprometidos com a sociedade de consumo, seja na busca incessante pelo lucro pessoal, seja no auxílio consciente ou não da manutenção do *status quo* das grandes corporações de equipamentos médico-hospitalares e da indústria farmacêutica, o sistema educacional vigente nas universidades mantém um foco teórico enorme no aprendizado superespecializado, tendo como norte prático apenas o treinamento para execução dessas técnicas, enxergando os dois prismas de forma totalmente dissociados, sem, como dito, qualquer viés dialético apto a unir, em um modelo de práxis educacional, a educação médica e sua função social.

Conforme pesquisa realizada no Reino Unido, nação que tenta implementar significativas mudanças na área, tal fato decorre especialmente do estilo de vida imposto aos estudantes pelos estudos de nível superior da medicina, limitados à faceta técnica e ao aprendizado dos conceitos médico-científicos, gerando um efeito opressor sobre suas vidas, os quais passam a ter suprimida sua capacidade de admirar e apreender outras dimensões do saber, isto é, visões históricas, sociológicas, filosóficas, psicológicas, culturais, espirituais, emocionais, dentre outras (SOU-SA; GALLIAN; MACIEL, 2012).

A fim de contornar esse problema, passou-se a inserir nas grades curriculares dos cursos de medicina disciplinas de um eixo que ficou conhecido como humanidades médicas. Tais disciplinas buscam trazer aos estudantes uma visão de mundo mais profunda, uma maior capacidade de autopercepção, de compreensão do ser humano de maneira ampla e de olhar pautado pela alteridade, isto é, pela consciência da interação e interdependência social, em detrimento do puro individualismo.

Por outro lado, a inserção dessas disciplinas nas grades curriculares, além do fato de,



no Brasil, dar-se de maneira bastante tímida, não garante a imediata inter-nalização pelos estudantes e futuros profissionais. Em uma análise da tentativa de implantação das disciplinas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, constatou-se que os alunos: concordavam com sua importância, mas não se interessavam por ela (referido desinteresse era externado pelo foco teórico dado às disciplinas, com pouca ligação prática); admitiam preconceitos por não considerarem aqueles temas parte da medicina; julgavam os conteúdos repetitivos, descontínuos e superficiais, além de desconexos das demais disciplinas, tanto do eixo central como da própria área de humanidades; e ainda consideravam o acréscimo dado pelas disciplinas à formação profissional bastante subjetivo, bem como, constatavam que os saberes não tinham reconhecimento institucional (RIOS et al., 2008).

Portanto, é imperioso, ao passo que se amplia a adoção de disciplinas do eixo humanidades médicas, desenvolver um projeto pedagógico integrado de fato ao curso, de forma a conceber as humanidades não mais como algo supérfluo e dissociado da medicina; o bom profissional médico não deve ser tido como aquele que exhibe meramente excelência técnica, mas aquele que é detentor também de importantes traços humanísticos.

Nesse diapasão, os planos pedagógicos utilizados devem ter como norte o desenvolvimento de certas competências profissionais específicas e adicionais. O estudante deverá especificamente ser capaz de ter competências conceitual (entender as fundações teóricas da profissão), técnica (saber executar as tarefas profissionais), integrativa (capacidade de unificar a teoria e a prática real) e mercadológica (entender o mercado profissional que estará inserido e adquirir os conhecimentos necessários para exercer a profissão naquele determinado contexto) (PEREIRA, 2005).

Adicionalmente, o médico necessita apreender habilidades comunicacional (conseguir se expressar adequadamente, em linguagem compreensível pelos pacientes e parentes), crítica (criar um pensamento questionador e de não aceitação do *status quo*), contextual (compreender o contexto ambiental e social, isto é, comunitário, em que a profissão será praticada), de sensibilidade estética (ter consciência das artes e do comportamento humano, como enriquecimento pessoal e aplicação no incremento profissional – exemplo disso é o estudo da música para melhora do processo de ausculta), de identidade profissional (preocupar-se com os valores da profissão), de ética profissional (assimilar o arcabouço ético como padrão e norte de sua atividade), adaptativa (saber atuar independente das limitações e contextos), de liderança (contribuir como membro de um amplo sistema, liderando iniciativas de promoção da saúde) e de preocupação acadêmica, bem como com a aprendizagem continuada (buscar a

contínua atualização dos seus conhecimentos, além de fomentar a trans-missão do saber e o aprendizado de novos profissionais) (PEREIRA, 2005).

Logo, a real valorização das humanidades médicas deve vir por uma densa e profunda modificação pedagógica e curricular, pautada por essas diretrizes, ou seja, por desenvolver uma formação médica que objetive inflar nos futuros profissionais o conjunto de todas essas competências, sob pena de as humanidades continuarem sendo estudadas como algo supérfluo e dissociado, em virtude de um modelo hoje pautado pelo mero atingimento de habilidades técnicas superespecializadas, estrutura essa que penaliza a população com enormes obstáculos no acesso à saúde.

Ademais, há que modificar também a realidade dos cursos de residência médica em dois aspectos. Por um lado, é imperioso que os residentes sejam testados e avaliados também nas suas aptidões humanísticas. Por outro, há que controlar a oferta de cursos, ampliando as vagas dos eixos de maior necessidade social, a saber, a ampla base de assistência primária à saúde, com a formação maciça de clínicos gerais e médicos da família e comunidade, junto da redução ou manutenção do número de acessos às demais áreas, sob pena de termos profissionais superespecializados, sem espaço no mercado de trabalho, vindo a atuar de maneira adaptada, equivocada e mal formada na atenção básica, incapazes de prover o correto atendimento da população.

Portanto, entendemos que o atual modelo de formação médica, por estar impregnado pelo poder econômico, não é capaz de atender sua função social, trazendo claro prejuízo para a efetivação da garantia constitucional de acesso à saúde. Logo, urge uma mudança nessa realidade, que passa basicamente por dois pontos: pela readequação dos planos pedagógicos dos cursos – inclusive de residência – por meio da completa integração dos temas das humanidades médicas nas grades curriculares, de maneira profunda, e não supérflua, isto é, nos moldes supracitados, bem como, por um maior controle das vagas nos cursos de residência médica, com redução ou manutenção da disponibilidade para áreas superespecializadas de limitada abrangência social, ao lado de um aumento nos programas voltados sobretudo à atenção básica de saúde e às generalidades médicas.

## 5 CONCLUSÃO

A ascensão e consolidação da modernidade, ladeada pelo positivismo jurídico, bem como sua ulterior derrocada e contestação que nos fez ingressar em um período transicional

denominado pós-moderno ou, juridicamente, pós-positivista, é o grande pano de fundo para a compreensão dos fenômenos jurídicos e sociais hodiernos.

As prescrições positivistas possibilitaram o estabelecimento do “Estado Democrático de Direito” e o surgimento das primeiras constituições escritas. Por outro lado, a sacralização do direito posto, levada ao extremo, possibilitou a completa dissociação entre o conteúdo jurídico e os valores morais, fazendo-nos vivenciar diversas afrontas à dignidade humana, mesmo que travestidas de uma roupagem de legalidade.

O rompimento aconteceu com uma nova visão acerca das relações entre direito, moral e política, a qual possibilitou o ingresso de normas mais gerais e abstratas nas próprias constituições, os princípios, com a defesa de sua preeminência sobre as regras, o que levaria o operador a proceder com uma interpretação muito mais subjetiva, apta a inserir valores políticos e morais na interpretação do direito posto.

O que nos importa extrair dessa constatação, muito mais que o acalorado debate sobre os limites da interpretação principiológica e as bases hermenêuticas para fazê-los preponderar sobre as regras, é que o ingresso desses nas constituições trouxeram inequívocas conquistas para o campo dos direitos humanos e fundamentais.

Por outro lado, acreditamos que a doutrina jurídica nesse aspecto acabou por se desenvolver de maneira majoritariamente teórica, passando à margem de um enfrentamento prático de precípua importância: a pesquisa e a análise do grau de efetividade das inúmeras garantias postas nos textos magnos, bem como os motivos dos entraves vividos para suas devidas efetivações.

Logo, imbuídos desse norte, trouxemos à pesquisa uma garantia consagrada pela Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual é notadamente o mais basilar direito inerente ao ser humano e à preservação de sua própria vida, o acesso à saúde, que serviu como objeto de estudo maior deste trabalho.

No âmbito da efetivação do acesso à saúde, concluímos pela clara não concretização da norma constitucional, ao diagnosticar problemas de subfinanciamento público do sistema, de repartição injusta das receitas tributárias entre os entes federados e de notória má-gestão das dotações orçamentárias existentes e da administração sanitária de maneira geral, notadamente dos recursos humanos.

Ademais, mediante um norte observador ainda pouco explorado, verificamos que parte das dificuldades de efetivação da garantia constitucional de acesso à saúde passa por uma teratológica formação profissional de médicos, imbuída pelos anseios do poder econômico, e

não da perspectiva da função social.

Portanto, ao fim e ao cabo, concluímos que o atual modelo de formação profissional de médicos conduz ao ingresso desses profissionais no mercado de trabalho e no serviço público com uma visão individualista, egocêntrica e egoísta, isto é, sem a devida percepção holística, ou seja, aquela pautada pelo reconhecimento de suas funções sociais, pela consciência do homem coletivo.

Assim, propomos uma urgente revisão nesse paradigma educacional, para que mudanças imediatas possam ser implementadas, tendo como foco a inversão da óptica individual para a social, sobretudo no âmbito dessa carreira, por estar umbilicalmente ligada à afirmação de garantia da mais básica à pessoa humana e sob pena de ser obstáculo intransponível para a efetivação do acesso à saúde.

Logo, tal constatação abre caminho investigativo para novas pesquisas mais específicas, sobretudo empíricas, entre esses atores sociais, sejam ainda estudantes ou já profissionais formados, e população afetada, a serem norteadas por uma visão de estudo dos direitos fundamentais sob a perspectiva de, para além da teoria pura, diagnosticar entraves e levantar propostas para sua concretização.

## REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_, Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

\_\_\_\_\_, Z. *Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_, Z. *Vida líquida*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BEIER, M. Algumas considerações sobre o Paternalismo Hipocrático. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 20, n. 2, p. 246-254, 2010.

BLOOMBERG VISUAL DATA. *Most Efficient Health Care: Countries*. 2014. Disponível em:

<<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst//most-efficient-health-care-2014-countries>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão n. 693/2014 no Processo n. TC 032.624/2013-

1. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Sessão: 26/3/2014. Disponível em: <<http://portal2.tcu>

gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias\_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

CANDAU, V. M.; LELIS, I. A. A relação teoria-prática na formação do educador. In: CANDAU,

V. M. (Org.). Rumo a uma nova didática. Petrópolis: Vozes, 1995.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). Estudos Fiscais: Estimativas da Participação dos Entes da Federação no Bolo Tributário. Disponível em:

<portal.cnm.org.br/sites/9000/9070/Estudos/.../EstudoBoloTributario.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

GADOTTI, M. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 4. ed. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1986.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. L.; DER MAAS, L. W.; FARAH, J.; ARAÚJO J. F. O trabalho em

saúde: tendências e perspectivas na estratégia da Saúde da Família. *Divulga Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-25, 2010.

GÓMEZ, A. P. O pensamento prático do professor: a formação do professor como profissional reflexivo. In: NÓVOA, A. Os professores e sua formação. Lisboa: Dom Quixote, 1995.

IPEA/DISOC. Estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE, apud Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações, 2009. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 mar. 2015.

KONDER, L. O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KONDER, L. O que é dialética. 28. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998.

MENDES, G. F. Curso de direito constitucional. 4. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

OECD. Health Statistics 2013. WHO Global Health Expenditure Database. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Acesso em: 3 jun. 2015.

PEREIRA, R. T. M. C. O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica. São Paulo, 2005, Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5134/tde-25042005-191419/>. Acesso em: 10 jun. 2015.

RIOS, I. C.; LOPES JUNIOR, A.; KAUFMAN, A.; VIEIRA, J. E.; SCANAVINO, M. T.; OLIVEIRA,

R. A. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext &pid=S0100-55022008000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2015.

SILVA, J. A. da. Curso de direito constitucional positivo. 25. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

SOUSA, M. S. A.; GALLIAN, D. M. C.; MACIEL, R. M. B. Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje. *Revista de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 163-173, 2012.

VÁSQUEZ, A. S. Filosofia da práxis. Tradução Luiz Fernando Cardoso. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.