

# Tratto da SaluteInternazionale.info

## Come s'insegna Medicina nell'Università Fluminense, Rio de Janeiro-Brasil

2014-06-11 10:06:32 Redazione SI



Túlio Batista Franco

Dal 1994 il programma di studi del corso di Medicina dell'Universidade Federal Fluminense (Niterói, Rio de Janeiro) si è arricchito di nuove discipline: epidemiologia, pianificazione e gestione dei servizi di salute, scienze sociali, lavoro sul campo nella comunità. Il cambiamento nel curriculum è avvenuto grazie ad ampie discussioni e alla mobilitazione di studenti e professori, attraverso quello che è stato chiamato: "processo a caldo".

---

### La riforma curricolare del Corso di Medicina

Questo testo si propone di descrivere brevemente l'esperienza della trasformazione del programma di studi del corso di Medicina dell'Universidade Federal Fluminense (Niterói, Rio de Janeiro) avvenuta nel 1994 a partire da un importante movimento di studenti e professori, contemporaneo alla riorganizzazione della rete dei servizi di salute del municipio.

**La riforma dei programmi didattici si basa sui i seguenti obiettivi:** "La ricerca dell'interdisciplinarietà; il costante ripensamento delle conoscenze mediche, legato alla rapidità di sviluppo della scienza e della tecnologia; la formazione di medici che siano umanisti e tecnici competenti, con conoscenze, attitudini e comportamenti etici, abilità psicomotorie e impegno sociale" (Koifman, 2001).

La riforma del curriculum è partita dalla constatazione che la formazione medica, così come strutturata, incentivava un modello di insegnamento che:

1. opera una **separazione tra conoscenza teorica e pratica**, privilegiando la teoria nelle prime fasi del corso, per applicarla solo in seguito alla pratica;
2. è incentrato sulla **conoscenza biomedica**, senza una sufficiente formazione nell'area delle scienze umane, allontanandosi così dalla realtà sociale in cui i professionisti sanitari si trovano ad operare;
3. si concentra su di una formazione **eminente tecnica e poco umanistica**, che favorisce l'utilizzo delle tecnologie "dure" (macchinari e strumentazioni) e "lievi-dure" (conoscenze tecniche) a scapito delle tecnologie relazionali per la presa in carico in salute;
4. promuove la **separazione tra formazione, servizio e comunità**;
5. incentiva un **apprendimento centrato nell'ospedale**, in contrapposizione alla necessità di un maggiore inserimento degli studenti nei servizi di attenzione di base.

**Le principali iniziative in materia di riforma curricolare** sono state l'aumento del carico orario delle discipline dell'area della salute collettiva, che arrivano ora a comporre circa il 30% del curriculum del corso, e l'introduzione di differenti discipline:

1. **Epidemiologia**, che studia i determinanti dei processi di salute e malattia e analizza i principali indicatori di salute della popolazione.
2. **Pianificazione e gestione dei servizi di salute** che approfondisce gli strumenti organizzativi e di gestione dei servizi sanitari in generale.
3. **Salute e società** che inserisce i riferimenti teorico-metodologici delle scienze sociali nel dibattito in materia di salute e medicina.
4. **Lavoro di Campo**, offerto nei primi tre anni del corso, attraverso cui gli studenti si inseriscono nella comunità e nei servizi di salute vincolando la propria esperienza formativa agli scenari di pratiche dei professionisti e alla relazione con i pazienti, fin dal primo semestre del corso.

La disciplina **Lavoro di Campo Supervisionato (TCS)** merita particolare attenzione, essendo quella che, offerta continuamente nei primi tre anni del corso, garantisce l'immersione dello studente nelle reti di assistenza e presa in carico, sotto l'orientamento di un professore-tutor. **Nel primo anno**, la disciplina *TCS1* ha l'obiettivo di far analizzare allo studente l'associazione tra contesto sociale, economico e ambientale e processi di salute e malattia. Lo studente accompagna il lavoro in strutture di comunità che hanno una funzione sociale e sanitaria, come case di cura, dormitori, ambulatori per le cronicità, centri comunitari.

**Durante il secondo anno**, nella disciplina *TCS2* lo studente fa un'esperienza pratica nella rete di cure primarie, cercando di comprendere l'offerta e il funzionamento dei servizi territoriali e i processi di lavoro nella presa in carico. Attraverso l'osservazione delle prassi di lavoro dei professionisti e della loro relazione con i pazienti, e tramite la partecipazione alle visite domiciliari e ad altre attività, lo studente viene esposto all'intero processo di cura.

**Nel terzo anno**, la disciplina TCS3 permette allo studente di conoscere i servizi specialistici di assistenza e presa in carico.

## **Produzione della Cura e Produzione Pedagogica**

Per una riflessione sull'insegnamento in salute partiamo dal presupposto che l'intera **unità di produzione della cura** è anche una **unità di produzione pedagogica** (Franco, 2006). Dobbiamo considerare lavoro e formazione come processi inseparabili, in cui ogni attività di lavoro conduce necessariamente a un apprendimento. È in questo senso che immaginiamo la formazione medica come un processo guidato dall'immersione dello studente negli scenari di pratica dell'assistenza. Una formazione in cui, articolando apprendimento e lavoro, lo studente estrapola la teoria dalle proprie pratiche che allo stesso tempo trasforma e qualifica, in un doppio processo di produzione di cura e produzione pedagogica.

Questo percorso si sviluppa attraverso il riferimento teorico della "pedagogia del fattore di esposizione", proposta dalla Commissione Interistituzionale Nazionale di Valutazione della Formazione Medica (CINAEM) che ha svolto un ruolo rilevante nella valutazione della formazione medica e nella proposta del processo di riforma, e discussa da Merhy e Acioli (2003). L'esposizione dello studente agli scenari di pratiche incoraggia un processo di apprendimento basato sull'incontro con la realtà dei servizi sanitari e sociali. **Questo incontro presuppone il protagonismo dello studente, che diviene soggetto attivo nel proprio processo formativo, ed è attraverso le attività pratiche che viene garantito un apprendimento solido, radicato nelle basi della scienza e della presa in carico, e in connessione con la realtà locale.** È in questa direzione che immaginiamo che la "pedagogia del fattore di esposizione" debba essere integrata a tutte le proposte pedagogiche che promuovono l'attivismo dello studente.

## **Il processo di Cambiamento Curricolare "a caldo"**

Il cambiamento nel curriculum è avvenuto grazie ad ampie discussioni e alla mobilitazione di studenti e professori, attraverso quello che abbiamo chiamato "processo a caldo". Questa intensa attività ha segnato un momento storico molto importante, scatenando un'accesa reazione tra i settori di medici e docenti che erano contrari al cambiamento e proponevano il mantenimento di una formazione biomedica orientata al mercato della salute, associando la loro proposta al discorso dell'eccellenza tecnica. Questi settori costituivano quelle che chiamiamo "forze istituite", ovvero cristallizzate nelle norme vigenti della formazione medica.

D'altro canto, coloro che proponevano la riforma hanno condotto un "processo istituyente", che ha cercato di affermare le innovazioni necessarie alla formazione medica, individuando risorse e riferimenti specialmente nella rete dei servizi socio-sanitari di base. **C'è stata quindi una volontà di trasformazione in ampi settori studenteschi e del corpo docente, e allo stesso tempo una spinta al cambiamento che veniva dall'Università, che**

## **ha contribuito al processo di formulazione del curriculum.**

Un processo di riforma curriculare deve avvenire attraverso un'ampia partecipazione dei differenti settori interni all'Università, e in connessione con la rete dei servizi di salute. D'altro canto è importante che esista una solida rete di attenzione di base in salute che sia inserita nella comunità e possa offrire una molteplicità di servizi che includano prevenzione, promozione, attività nel territorio e presa in carico clinica, garantendo una buona gestione di tutti i processi di cura. **È nella diversità che la scuola medica può incontrare i riferimenti necessari per una formazione professionale che coniughi l'eccellenza tecnica all'impegno umanitario e sociale.**

## **Conclusioni**

La questione dell'efficacia sembra tormentare l'attuale formazione dei professionisti della salute. Il cambiamento nel profilo di finanziamento dei servizi di salute evidenzia la necessità di una formazione rivolta alla realtà sociale, che metta in grado i professionisti di fornire servizi di cure primarie in connessione con la comunità, mentre l'insegnamento nella maggior parte dei casi resta "intrappolato" nel passato, focalizzato nella biomedicina e nella formazione di medici abituati a un elevato consumo di farmaci e prescrizioni.

I tempi sono cambiati, e già mancano quelle risorse, disponibili negli anni precedenti, necessarie a sostenere un modello di assistenza incentrato nell'eccessivo consumo di prestazioni. Questo, che già era un errore del passato, risulta oggi ancor più evidente nella misura in cui associare il consumo di alta tecnologia all'idea dell'assistenza e della cura ha prodotto un'organizzazione della presa in carico incentrata nell'ospedale ed eccessivamente costosa, oltre che di discutibile efficacia.

L'attualità richiede un professionista medico con una solida formazione tecnica, una base umanistica e un'importante capacità di orientarsi nel contesto sociale e di articolare una rete che abbia al centro l'attenzione di base e sia connessa con tutto il sistema, operando nell'idea dell'assistenza integrale. **La sfida sta nel pensare a un curriculum che, fin dal primo anno del corso, inserisca gli studenti nell'asse articolato di formazione-servizi-comunità, dimensioni inseparabili dall'idea della formazione medica.**

**Túlio Batista Franco.** Prof. della Universidade Federal Fluminense – Niterói (Rio de Janeiro-Brasil). Post-doc (in corso) presso il CSI-Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna-Italia

**Traduzione in italiano di Brigida L Marta,** Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna. Italia

## **Riferimenti bibliografici**

FRANCO, T.B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings in Brazil. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Interface – Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.K

KOIFMAN, Lilian.: 'O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

MERHY, E.E. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias e ACIOLI, Giovanni Gurgel. Uma Nova Escola Médica é Possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*, v. 14, n. 1(40) . Campinas, SP, jan/abr 2003.