

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

“Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário”

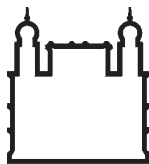
por

Claudia Ostwald Luz Vilaro

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro, março de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário”

apresentada por

Claudia Ostwald Luz Vilaro

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Rabelais Duarte

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares — Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V697 Vilardo, Claudia Ostwald Luz
Formação médica e promoção da saúde de
comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo
cenário. / Claudia Ostwald Luz Vilardo. Rio de Janeiro:
s.n., 2011.
141 f. : tab.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Promoção da Saúde. 2. Educação Médica. 3. História
da Medicina. 4. Trabalho. I. Título.

CDD - 22.ed. – 613

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me proporcionado enfrentar e vencer um desafio novo após 16 anos de formada. A Ele devo a força que me sustentou durante essa difícil jornada, em que durante dois anos tive de enfrentar, quase que diariamente, a estrada Petrópolis - Rio a fim de estudar. Após as aulas precisava voltar correndo para encarar o trabalho, retornar para casa e cuidar da família.

Ao meu marido Francisco, incansável companheiro que se fez presente em todos os momentos, me apoiando, me ajudando nas diversas buscas por literatura, e opinando sempre. Leu inúmeras vezes cada parágrafo por mim escrito. Obrigada por seu apoio e compreensão pela minha distância nesse período.

Às minhas queridas e amadas filhas, Beatriz e Fernanda, que muito sentiram minha ausência, mas que sempre souberam me compreender e me apoiar durante esses dois anos de batalha. Minha busca nessa pesquisa foi dar minha contribuição para um mundo melhor para vocês!

Aos meus pais, que me ensinaram os primeiros passos. A partir deles foi possível chegar a essa etapa.

Aos meus irmãos que sempre torceram para que esse novo desafio fosse vencido.

Não poderia deixar de agradecer a querida Dida, que sempre cuidou muito bem da minha casa nos momentos em que estive ausente. Agradeço pelo carinho e dedicação dispensados às minhas filhas nesses momentos.

Agradeço a Maria de Fátima Lobato Tavares, minha orientadora, que soube me ensinar passos novos, nunca antes imaginados em minha vida profissional. Obrigada pela dedicação, carinho e paciência.

Aos professores Antenor Amâncio Filho e Sérgio Rego, que me emprestaram materiais valiosíssimos, fundamentais para o desenvolvimento dessa pesquisa, meu muito obrigado.

Agradeço a minha turma de mestrado, que pouco pude desfrutar da companhia devido a minha vida corrida, mas que muito me ensinaram. Não poderia deixar de destacar duas pessoas que tive um contato maior: Cristiane, com quem dividi momentos de angústia, e Evelyne, que foi minha “anja da guarda”, pois num momento estratégico me forneceu um vasto material, a partir do qual pude organizar melhor minha pesquisa.

Meu muito obrigado especialmente para todos os estudantes que dispuseram de seus preciosos tempos para participar da pesquisa. Vocês são os grandes responsáveis pela vitória alcançada!

Aos meus queridos amigos, que sempre se fizeram presente, me incentivando e me estimulando em momentos de desânimo.

A todos que, direta ou indiretamente, física ou espiritualmente contribuíram para que esse sonho, um dia sonhado, e posteriormente compartilhado, se tornasse realidade. Dois anos se passaram e o esforço desse período se materializou neste trabalho.

Obrigada a todos!

Resumo

O presente estudo procurou discutir sobre as necessárias modificações na formação médica impulsionadas a partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, articulando-a com a nova Promoção da Saúde. Fez-se uma revisão da história da medicina e do processo de trabalho em saúde, contextualizando-os. Ressaltou-se a importância da integralidade do cuidado como referencial tanto para se alcançar a almejada Promoção da Saúde quanto para a formação de profissionais capazes de lidar com a saúde e seus determinantes. O trabalho tem como objeto de estudo as atividades práticas realizadas por estudantes do primeiro ano de graduação de medicina de uma Instituição de Ensino Superior. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que utilizou como técnicas a produção de dados primários e a busca de dados secundários.

Summary

This study aimed to discuss the necessary changes in medical education driven from the imposition of the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medicine, linking it with the new Health Promotion. There was a review of medical history and process health work, contextualizing them. He stressed the importance of comprehensive care as a reference both to achieve the desired health promotion and to train professionals capable of dealing with health and its determinants. The work aims to study the practical activities carried out by students of first year students of medicine of a Higher Education Institution. This is a qualitative descriptive study used techniques such as the production of primary data and the search for secondary data.

Abreviações Utilizadas

APS – Atenção Primária em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

IES – Instituição de Ensino Superior

RH – Recursos Humanos

USF – Unidades de Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

PCSS – Programa Curricular Saúde e Sociedade

CF – Constituição Federal

PIB – Produto Interno Bruto

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

MEC – Ministério da Educação e Cultura

ProUni – Programa Universidade para Todos

ENEM – Exame Nacional de Ensino Médio

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação e do Trabalho e da Educação na Saúde

ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Marco Teórico	
1.2. Objetivo Geral	
1.3. Objetivos Específicos	
1.4. Justificativa	
2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA MEDICINA	16
2.1. Antiguidade e Idade Média	
2.2. Medicina das Espécies	
2.3. Medicina Classificatória	
2.4. Medicina Clínica	
2.5. Medicina Anátomo-clínica	
2.6. Século XX	
3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E FORMAÇÃO MÉDICA	30
3.1. O Trabalho	
3.2. Trabalho em Saúde	
3.3. Processo de Trabalho em Saúde	
3.4. O Cuidado como Orientador das Práticas em Saúde	
3.5. Formação Médica	
4. PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA	56
4.1 Saúde	
4.2 A Doença e sua Determinação Social	
4.3 A Promoção da Saúde no Brasil e o Cuidado com a Vida	
5. METODOLOGIA	67
5.1. O Método	
5.2. O Trabalho de Campo	

6. DESVENDANDO O CAMPO	72
6.1. Introdução	
6.2. O Contexto	
6.2.1. A IES	
6.2.2. Caracterização dos Entrevistados	
6.3. Ser Médico	
6.4. Formação Médica	
6.5. Saúde e Promoção da Saúde	
6.6. O PCSS	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	135

"Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto."

Albert Einstein

1. INTRODUÇÃO

1.1 Marco Teórico

Os desafios enfrentados pela humanidade em relação ao processo saúde-doença vêm se modificando ao longo dos tempos de acordo com a forma como essa sociedade se organiza, produz e distribui suas riquezas.

Foucault afirma que “*Na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia.*” (p. 58) ¹

A saúde enquanto era entendida como ausência de doenças, fez com que a formação dos médicos se voltasse para o tratamento e prevenção das mesmas. Teve como importante ordenador desse tipo de formação o americano Abraham Flexner que, em 1910 publicou o estudo *Medical Education in the United States and Canada – “A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*, conhecido como Relatório Flexner. Este relatório exerceu influência nas escolas médicas do Brasil a partir dos anos 50. ²

O estudo da medicina era, portanto, centrado na doença. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contavam para o ensino médico e não eram considerados implicados no processo de adoecimento. O hospital era a principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Os currículos propostos por Flexner apresentavam uma divisão clara entre um ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. ² Neste caso, o processo de trabalho não contemplava uma interação de saberes e práticas, necessários para o cuidado integral à saúde ³, uma vez que a teoria era ensinada num determinado momento, sem a vinculação com as necessidades concretas, e a prática era exercida em outro momento, como se não existisse uma articulação entre elas.

Na década de 70 começou-se a questionar a abordagem exclusivamente médica para combater as doenças crônicas, uma vez que os resultados eram pouco significativos. Além dessa questão, havia a necessidade de lidar com os custos crescentes da assistência médica. Um desses questionamentos surgiu no Canadá onde foi divulgado um documento conhecido como Informe Lalonde que tinha sido motivado tanto por questões políticas e técnicas quanto econômicas. Este documento, segundo Buss, concluiu que:

“Quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentram-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida”.⁴ (p.167)

A partir daí uma série de outros documentos foram redigidos evidenciando o quanto as intervenções com base no modelo biomédico, bem como no tratamento curativo dos indivíduos era limitado, pois não incorporavam os determinantes sociais da saúde. O debate sobre a determinação social da doença já se iniciara na América Latina, tendo como duas das principais referências Laurell e Breilh. Estes autores evidenciaram que o processo saúde-doença é determinado pela relação que o homem tem com a natureza num determinado momento. Isto pode ser representado pelo desenvolvimento de forças produtivas e relações sociais de produção. Acrescentam ainda, que uma nova prática depende tanto da interpretação do processo saúde-doença quanto das bases sociais que possam impulsioná-la e sustentá-la.⁵

No final dessa mesma década, durante a 30ª Assembléia Mundial de Saúde, foi proposto o tema Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT/2000). No ano seguinte, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que teve como meta a SPT/2000. O produto final dessa conferência ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata (cidade onde foi realizada a conferência). Esse documento já enfatizava a importância da ação conjunta de outros setores sociais e econômicos além do setor saúde para se promover a saúde das populações. A estratégia para alcançar a meta proposta foi a atuação centrada na atenção primária.⁴

A atenção Primária em Saúde (APS), segundo Giovanella, envolve distintas interpretações. Para ela duas concepções são predominantes: cuidados ambulatoriais na porta de entrada - entendida como o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde - e políticas de reorganização do modelo assistencial. Ainda segundo a mesma autora, em países em desenvolvimento essa reorganização tem sido feita de forma focalizada e seletiva, com uma cesta de produtos restrita de serviços que não configura uma reorientação do sistema como um todo, e sim uma assistência

“com objetivos restritos para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados em Alma Ata”. (p. S 22)⁶

Em sua evolução, o conceito ampliado de saúde foi incorporado nas políticas mundiais como qualidade de vida. Essa qualidade de vida, no sentido dado por Minayo, Hartz e Buss, está relacionada a parâmetros subjetivos, onde são levados em conta a realização pessoal, o amor, o prazer, a felicidade e o bem-estar; e a parâmetros objetivos, ligados a satisfação de necessidades básicas e necessidades criadas pelo desenvolvimento econômico e social de uma dada sociedade.⁷ Nesse sentido, a saúde passa a ser um recurso para a vida.

Em meio a esse contexto foi que, em 1986, a Organização Mundial da Saúde convocou a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Esta Conferência teve como produto a Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde, considerada um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual. A Carta de Ottawa relaciona-se, segundo Buss, a um conjunto de valores dos quais podem ser destacados: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação social e parceira. Além disso, traz estratégias com responsabilização múltipla, em que se combinam as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parceiras intersetoriais.⁴ A referida Carta incorporou os determinantes sociais da saúde e promoveu um esforço para que esse conceito acontecesse na prática.

Dentre os conceitos básicos da promoção da saúde estão o “empoderamento” e a participação social, onde o primeiro se refere ao processo de capacitação de indivíduos e comunidades a fim de que estes assumam o controle dos fatores que afetam sua saúde. O segundo está relacionado à garantia do exercício de participação na definição e eleição de prioridades pelas próprias comunidades.⁸

No Brasil vinha ocorrendo um movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira que trazia como proposta um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial. Esse movimento tornou possível, em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que vinha concretizar uma linha teórica do movimento: “*a saúde é determinada pela organização social, superando práticas intra-setorializadas.*” (p. 47)⁹

O movimento da reforma sanitária conseguiu levar à Assembléia Nacional Constituinte de 1988 uma proposta que foi capaz de incluir, no artigo 196 da Constituição Federal, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.¹⁰ Esse processo conduziu a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em setembro de 1990, através da Lei 8080, que incorporou o conceito ampliado do processo saúde-doença, trazendo como atribuições a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

O SUS traz como alguns de seus princípios a universalidade, a integralidade da assistência, a participação social e a equidade. E como uma das suas atribuições, a responsabilidade pela “*participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde*”. (cap IV art.15 inciso IX) ¹¹

O Ministério da Saúde em 2006, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, enfatiza que, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988,

“A questão da saúde deixa de ser ‘um negócio da doença’ para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei. O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas.” (p. 18) ⁹

No início do século XXI, o debate sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) se intensificou, tendo como uma das referências principais os estudos de Marmot. Este autor, desde 1984, já chamava atenção para o fato de que a explicação para as causas de morte deve incluir não apenas o componente biológico, mas também se deve levar em conta as causas sociais relacionadas ao ambiente e ao comportamento pessoal, pois possuem um efeito enorme na saúde e na mortalidade. ¹²

Com o reacender dessa discussão, a OMS institucionaliza, em 2005, a questão dos determinantes e cria a Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde, com orientação para a criação de comissões nacionais nos Estados-membros. O Brasil, em 2006, cria a sua comissão nacional e incorpora o conceito de Determinantes Sociais da Saúde. ¹³

Esses determinantes, segundo Buss e Pellegrini, “*são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população*”. (p. 78) ¹⁴ Os determinantes evidenciaram que, mais do que tratar de doentes, era necessário fazer intervenções que ajudassem as pessoas ficarem saudáveis. Os DSS apontam as características específicas da composição social que afetam a saúde, e evidenciam a maneira como as condições sociais vão refletir na saúde. ¹⁵

O SUS passou a assumir um papel ativo no cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde, além de repercutir na forma de ensinar e aprender. O sistema de saúde e as instituições formadoras devem promover práticas cada vez mais integradas para que se alcance a efetiva implementação do referido sistema de saúde. ¹⁶

Nesse sentido, em novembro de 2001, instituíram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina, que

“definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.” (p. 01) ¹⁷

Esta foi uma importante medida, uma vez que o mundo todo aponta o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde como sendo um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. ¹⁸

As Diretrizes Curriculares vieram atender a uma necessidade do setor saúde, pois a formação do profissional está vinculada à qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários. Os médicos devem ter sua formação voltada tanto para o domínio de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva.

O artigo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, tomando como base esse novo Sistema de Saúde, cita que:

“O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. (p. 01) ¹⁷

Traz também em outros dois artigos a importância de relacionar os conteúdos com o processo saúde-doença do cidadão proporcionando a integralidade do cuidar em medicina e a necessidade de desenvolver no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. ¹⁷

Nesse sentido é importante que o estudante desenvolva consciência crítica tornando-se capaz de intervir nos mais variados contextos. As metodologias ativas trazem como proposta a autonomia dos discentes que, a partir da curiosidade despertam para o conhecimento, reconstroem/ressignificam fatos e objetos, contribuindo para utilização em situações diversas. Nessa perspectiva o processo de ensino e aprendizagem torna-se mais sólido e duradouro. ¹⁹

Considerando os princípios do SUS, as Diretrizes Curriculares e a importância da qualidade do cuidado em saúde, faz-se necessário que este assunto permeie a formação médica desde o início de sua graduação. As Instituições de Ensino Superior (IES) precisam oferecer espaços para a discussão destas questões entre os estudantes de medicina, além de proporcionar que os mesmos possam vivenciar tal experiência. A relação intersubjetiva, o

respeito à diversidade e aos saberes estão diretamente relacionados com o cuidado em saúde. Estes atributos de qualidade necessitam ser exercitados a cada atendimento e, portanto, precisa que o profissional seja capaz de vivê-lo e experimentá-lo desde os primórdios de sua formação para então, ser incorporado em sua prática diária.

Viana e Elias afirmam que o SUS se efetiva enquanto norma em todo território brasileiro, porém ainda não se efetiva de fato, através de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros.²⁰ Para Ceccim,

“o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde”. (p. 1402)²¹

Embora, este modelo flexneriano já venha sendo questionado, ele ainda permanece hegemônico. Existem, porém, algumas iniciativas que propõem uma mudança na formação de profissionais de saúde que revelam uma articulação entre os conteúdos teóricos e práticos, a partir das necessidades de saúde da população.

Para Merhy, o modelo atual de produção de saúde utiliza tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário. O autor sugere que para mudar o modelo de atenção é necessário que o processo de trabalho esteja centrado nas tecnologias leves e leve-duras, pois assim o serviço será produtor do cuidado.³

O SUS além de ter como atribuição a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos (RH) para a saúde (cabe ressaltar que os RH no setor saúde são a base para a viabilização e implementação das ações de saúde à população)²², também tem como princípios a integralidade da atenção e a participação social da comunidade, dentre outros. A atenção básica tem, portanto, um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS por estabelecer relações contínuas com a população. É um meio para se alcançar a atenção integral à saúde tendo como base as necessidades sociais em saúde.²³

Favoreto faz referência ao novo modelo adotado no Brasil, em que o médico é inserido em Unidades de Saúde da Família (USF), como sendo um modelo capaz de aproximá-los dos “*contextos sociais, culturais e afetivos em que vivem os usuários*” (p.

213) ²⁴, possibilitando uma proximidade com todos os aspectos relacionados ao processo de adoecer, o que implica em uma construção maior de vínculo e diálogo entre os serviços e seus usuários. ²⁴

A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão usuário no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados. ²⁵

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado na intenção de dinamizar esse processo. Constituiu-se como uma estratégia de reformulação do modelo assistencial de saúde no Brasil. O PSF tem como objetivo geral:

“contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. (p. 10) ²³

A busca por uma formação de profissionais mais humanizados e capacitados para atuar no processo saúde-doença, como determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, aliada à necessidade de desenvolvimento de práticas voltadas para a promoção da saúde, definidas a partir da divulgação da Carta de Ottawa, vem fazendo com que as escolas médicas repensem suas práticas.

As propostas da Carta de Ottawa foram incorporadas pelo Brasil na Política Nacional de Saúde através do Pacto pela Saúde. O ministro da saúde, juntamente com os secretários municipais, estaduais e do Distrito Federal, visando garantir o acesso aos serviços de saúde e promover melhorias na quantidade e qualidade dos mesmos, assumiram, em 2006, um compromisso de criar novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema de saúde de forma a avançar na consolidação do SUS. Desse processo resultou o Pacto pela Saúde, que é composto por três dimensões de pactuação: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Essas três dimensões se apresentam de forma articulada. ^{26, 27}

O Pacto pela Vida traz a questão da promoção da saúde diretamente. Ele visa atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS que resultem em impactos na saúde e na vida da população brasileira. Seis metas nacionais foram priorizadas para 2006, dentre elas duas merecem destaque: a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica. Já o Pacto em Defesa do SUS, resgata os princípios estabelecidos na Constituição Federal e estabelece

compromissos políticos em que estejam envolvidos tanto o governo quanto a sociedade civil, retomando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ou seja, traz a questão da promoção da cidadania como uma estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito. E, finalmente, o Pacto de Gestão rompeu com a lógica de alocação de recursos presentes até então, reduzindo as desigualdades e as iniquidades existentes, a partir do momento em que contempla o princípio da equidade. Essa dimensão do pacto altera a forma de financiamento do SUS ao eliminar mais de 100 modalidades de transferência de recursos e reduzi-las a apenas cinco blocos. Ele estabelece as responsabilidades sanitárias de cada gestor, dando suporte às ações dos outros pactos.^{26, 27}

Dentre as novas práticas desenvolvidas pelas IES, com o objetivo de atender as DCN e a necessidade de realizar ações voltadas para a promoção da saúde definidas a partir da Carta de Ottawa, está a inserção precoce dos alunos de graduação em unidades básicas de saúde, mais especificamente em unidades de saúde da família. Essa proposta torna possível articular o espaço de educação com o espaço de trabalho, onde os dois são locais de aprendizagem e de formação, aproximando o teórico do empírico.

Nesse sentido, Favoreto diz que

“sem a perspectiva de uma teoria da prática, torna-se difícil pensar na possibilidade de que ocorram comportamentos e modos de operar o cotidiano que possam extrapolar ou mesmo romper com um padrão preestabelecido pelo estilo de pensamento, mais especificamente, com a estrutura teórica ou tecnocientífica do campo biomédico”. (p. 223)²⁴

Quando o aluno é inserido, durante sua formação em unidades de saúde da família, ele tem a possibilidade de construir seu saber, valorizando e integrando à clínica suas experiências práticas, desenvolvendo uma ação dirigida para a integralidade e para o cuidado em saúde.²⁴ No presente estudo o conceito de integralidade é entendido como acolhimento, tratamento digno, olhando o ser humano como um todo, tirando o foco da doença e centrando na pessoa, cuja história de vida, seu modo de viver e adoecer são levados em conta.²⁸

Ceccim nos diz que a mudança na formação dos profissionais da saúde deve ter a *integralidade da atenção à saúde* como eixo norteador. Portanto, a educação deve estar vinculada “*ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, como determina a Constituição Nacional*” (p. 1401)²¹, e que as instituições formadoras devem ser capazes de “*formar profissionais de qualidade, conectados às necessidades de saúde*”. (p. 1404)²¹

Para Ceccim, a integralidade da atenção está relacionada com a dimensão do cuidado na prática dos profissionais de saúde, possibilitando-os

“tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais”. (p. 1407) ²¹

Ele nos fala que, ao diversificar os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos alunos, aumentaremos as possibilidades à integralidade das práticas em saúde. ²¹

Ao falarmos em formação de alunos estamos falando de processos educativos. Estes, por sua vez, nos remetem a Freire, cuja pedagogia nos fala que o aluno é um ser ativo no processo educacional, não apenas um fiel depositário de conhecimentos que lhes são transmitidos. Freire chama atenção para o fato de que somos sujeitos da *História*, e não apenas objetos. Portanto nessa história, devemos constatar não para nos adaptarmos, e sim para mudarmos. Uma vez que constatamos somos capazes de *intervir* na realidade, cuja complexidade gera novos saberes, o que é diferente de uma simples adaptação a ela. Para o autor é impossível “*estudar por estudar*”, de forma descompromissada com o mundo. ²⁹

Canário afirma que a formação no mundo profissional não tem sido adequada à catalisação nos processos de mudança. Segundo o autor, a formação profissional tem sido uma extensão da formação escolar, traduzindo uma falta de conexão tanto com os estudantes quanto com as situações concretas em que exercerão sua atividade profissional.

³⁰

A formação tomando como base uma visão predominantemente determinista da ação humana, fez com que houvesse uma sobrevalorização das dimensões técnicas em detrimento das dimensões pessoais e sociais, traduzindo numa racionalização da formação e dos processos de mudança. ³⁰ Merhy já enfatizava a necessidade de uma articulação entre os três tipos de tecnologia e que, para que o serviço seja produtor de cuidado é necessário centrar-se nas tecnologias leves e leve-duras ao invés de basear-se apenas em máquinas e instrumentos. ³

A racionalidade técnica na formação faz com que sejam organizadas ações pontuais voltadas à capacitação individual, traduzindo-se mais como momentos de ensino e aprendizado de técnicas do que como um processo de desenvolvimento de recursos humanos. Nesse tipo de formação são deixados de lado recursos importantes como a personalidade e a experiência dos profissionais. Estes recursos têm especial importância nas

profissões denominadas por Canário de “*profissões de relação*” (p.126) ³⁰, como é o caso do médico.

O referido autor explicita a necessidade de haver uma articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e coletiva do exercício do trabalho, e a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na ação. Este último mobiliza um conjunto de saberes contextualizados e transformados em competências na situação singular que é a relação com cada doente. Canário traz a questão da competência como a capacidade de mobilizar, num determinado contexto, um conjunto de saberes, situados ao nível do saber, saber-fazer e saber ser, na resolução de problemas. ³⁰

No processo de trabalho dos chamados ‘*profissionais de relação*’, as vertentes pessoal e profissional e as dimensões social e técnica são indissociáveis. O saber médico é resultado de fontes diversas como a ciência, a experiência, a interação com pares, com outros profissionais e com os sujeitos do cuidado. Portanto o médico, segundo Bernardou *apud* Canário, pode ser definido como “*um homem de ciência, de prática e de relação*”. (p. 131) ³⁰

A relação médico-paciente engloba a atividade intelectual e afetiva e, segundo Antunes *apud* Canário,

“Implica, quase por intuição, saber quando estar sério ou quando sorrir, quando falar e quando ouvir, quando tocar e quando apartar. Cada vez mais me convenço de que há em cada ato médico um elemento e interpretação que define, como para um artista musical, um estilo de ser médico. Este assenta nos pilares do temperamento, do carácter, da educação, da cultura e da filosofia da profissão”. (p.131) ³⁰

Neste sentido, o autor enfatiza a importância de valorizar a dimensão estratégica da formação, e não sua repercussão no imediato, reforçando que é necessária uma mudança na formação global integrando numa mesma dinâmica as pessoas e as organizações. Só assim seria possível produzir mudanças nos comportamentos. ³⁰

A partir desta perspectiva, nos questionamos como está a formação dos estudantes de medicina, e como eles se sentem neste atual processo educativo do ensino médico.

A Faculdade de Medicina de um município de médio porte do Estado do Rio de Janeiro vem promovendo uma mudança em seu currículo desde a década de 90. Em 1998 criou o Ambulatório Escola, que representou seu primeiro passo em relação à inserção do aluno em cenários da atenção básica. Em 2000 implantou sua primeira unidade de saúde da família e, de lá para cá, vem investindo cada vez mais no ensino voltado para as necessidades sociais em saúde. Em 2005 instituiu o *Programa Curricular Saúde e*

Sociedade (PCSS). Esse programa visa inserir o aluno de graduação de medicina desde o seu primeiro ano até o quarto ano de formação em cinco unidades de saúde da família da própria faculdade conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde.³¹

Durante os quatro anos os alunos permanecem nas mesmas unidades de saúde, criando um vínculo com as equipes e com as famílias. No primeiro ano, estes alunos têm aulas teóricas, no campus da faculdade, além das atividades práticas nas unidades de saúde da família. Estas têm por finalidade o conhecimento da estrutura, dinâmica e os fatores sócio-ambientais que interferem no processo saúde-doença, além do perfil demográfico e epidemiológico da comunidade em que estão inseridos, que vão caracterizar os determinantes sociais da saúde para aquela comunidade. A partir daí os alunos elaboram um diagnóstico das condições gerais de vida da comunidade que vai servir de base para que planejem, desenvolvam e avaliem atividades de promoção da saúde da comunidade, como uma estratégia de protagonismo dos estudantes.

O curso de medicina da IES em análise possui um mínimo de 7900 horas distribuídas ao longo dos seis anos de graduação. Deste total, 345 horas são destinadas ao PCSS.³² A pesquisadora compõem o quadro de preceptores do referido programa desde sua instituição, e vem participando das modificações ocorridas desde então.

A escolha desta IES se deu por ser o local onde surgiram as inquietações da pesquisadora com a formação dos estudantes de medicina, além do fácil acesso que a mesma tem, uma vez que é uma das preceptoras do Programa Curricular Saúde e Sociedade. Trata-se de uma IES privada, criada em 1967 com o objetivo de oferecer um ensino de qualidade, voltado para a formação de um médico generalista, com uma formação científica, ética e humanística, comprometimento com a realidade da população local, conforme expresso em seu plano político pedagógico.³²

As questões que vêm sendo levantadas são:

- As atividades desenvolvidas pelos alunos estão conseguindo ampliar o olhar do mesmo para além da doença, na direção de práticas mais integradoras?
- Qual a percepção desses alunos sobre sua inserção desde o 1º ano de graduação em USF?
- Como esses mesmos alunos percebem sua atuação nas atividades práticas nas comunidades em relação a sua formação médica?

- Os alunos estão conseguindo ser pro - ativos em seu processo educacional durante as atividades práticas, de modo a estabelecer vínculos próprios dos *profissionais de relação*?
- Este tipo de formação está sendo capaz de associar os conteúdos necessários à formação do estudante com as situações concretas em que estes exercerão a sua atividade profissional?
- Em que medida as atividades práticas desenvolvidas pelos alunos da faculdade em análise, desde o 1º ano, contemplam os princípios da promoção da saúde?

O presente estudo não pretende responder a todos os questionamentos acima, mas eles nos serviram de guia para a construção de nosso objeto.

Este trabalho busca investigar em que medida os princípios da promoção da saúde, explicitados a partir da carta de Ottawa, e as necessárias modificações na formação profissional dos alunos de medicina, como expressas nas diretrizes curriculares, estão sendo contemplados nas atividades desenvolvidas pelos alunos do 1º ano da referida faculdade durante as atividades práticas do PCSS.

1.2 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos alunos que completaram o 1º e o 4º ano de graduação de uma Faculdade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro sobre as atividades práticas desenvolvidas por eles durante as aulas do PCSS I em relação a sua formação médica e em relação ao processo de trabalho constituído de ações de promoção da saúde da comunidade local.

1.3 Objetivos Específicos

- Identificar se os alunos perceberam as atividades práticas desenvolvidas por eles como um instrumento facilitador para a construção de vínculos necessários aos *profissionais de relação*;

- Verificar se os alunos estabeleceram as articulações entre os saberes construídos na ação em relação aos saberes teóricos;
- Identificar o conceito que os alunos têm de promoção da saúde, especialmente se incorporaram esses princípios, em particular a intersetorialidade, a participação social, o “empoderamento” e a integralidade do cuidado;
- Verificar se estes princípios da promoção da saúde estão sendo contemplados pelas atividades dos alunos;
- Analisar limites e possibilidades das intervenções realizadas pelos alunos como uma dimensão metodológica da promoção da saúde.

1.4. Justificativa

O presente estudo tenta discutir as inquietações trazidas pela pesquisadora que atua tanto no sistema público de saúde quanto em instituição de ensino superior. Durante oito anos a mesma esteve envolvida, diretamente, com a organização de ações de promoção da saúde em nível central do município em questão. Nesse período esteve à frente da Coordenação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente, quando desenvolveu alguns projetos voltados para a promoção da saúde desta parcela da população. Há cinco anos trabalha, através de metodologias ativas de formação, como preceptora dos alunos do PCSS na referida IES, porém se questiona o quanto todo esse processo tem sido eficaz na busca de uma formação mais humanista, crítica e reflexiva dos alunos, e o quanto a metodologia utilizada durante as aulas está em consonância com a necessidade de se colocar em prática a nova promoção da saúde.

Mudanças nos currículos das escolas médicas são fundamentais neste processo a fim de que o profissional médico, recém formado, incorpore o novo paradigma que se coloca como desafio para implementar o conceito ampliado de saúde. Busca-se, portanto, transformar a maneira de ensinar medicina, não mais formando o aluno numa visão hospitalocêntrica, e sim reorientando as práticas, a partir da inclusão dos determinantes sociais da saúde, na problemática saúde-doença-cuidado.

Considerando os princípios e diretrizes do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, torna-se relevante discutir a atividade desenvolvida pelos alunos de uma Faculdade do Estado do Rio de Janeiro durante as aulas do PCSS, cujo objetivo é, justamente, adequar o currículo médico, com ampliação do olhar dos alunos para além da doença, e auxiliar na promoção da saúde da comunidade em que estão inseridos. Tanto a implementação do SUS quanto da reforma curricular são processos que ainda estão em construção. Constituem-se, portanto, novas tecnologias que precisam ser experimentadas, avaliadas e reavaliadas.

A inserção dos alunos em unidades de saúde da família, desenvolvendo trabalho com a comunidade local, por si só, já representa um avanço no processo de ensinar e aprender. Existe, porém, a necessidade de avaliar o quanto esse processo está sendo, efetivamente, produtivo para os alunos, e o quanto está trazendo benefícios para a comunidade.

A relevância da pesquisa, portanto, está no sentido de fortalecer a discussão sobre os processos educativos nas escolas médicas a partir do conceito ampliado de saúde, além de trazer contribuições para a dimensão metodológica da promoção da saúde.

1.5. Organização do Estudo

O trabalho será apresentado em seis capítulos onde, no primeiro deles é feita uma introdução contendo o marco teórico, os objetivos e a justificativa para a realização da pesquisa.

O segundo capítulo faz um resgate da história da medicina ao longo dos anos, abordando os diversos enfoques dados ao olhar do profissional que atua frente ao sofrimento dos indivíduos e comunidades.

O terceiro capítulo aborda o processo de trabalho em saúde, fazendo uma revisão do conceito de trabalho e trabalho em saúde, além de discutir a questão do cuidado como orientador das práticas de saúde. Ainda neste capítulo é discutida a formação médica.

A saúde, a promoção da saúde e a determinação social da doença são abordadas no quarto capítulo, em que o cuidado com a vida é tratado como uma perspectiva da promoção da saúde.

O quinto capítulo explicita o caminho percorrido para se chegar aos resultados, ou seja, é feito um estudo do método utilizado na pesquisa.

No sexto capítulo os resultados são apresentados em seis subcapítulos, a saber: Introdução, O Contexto, Ser Médico, Formação Médica, Saúde e Promoção da Saúde e O Programa Curricular Saúde e Sociedade.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA MEDICINA

2.1 Antiguidade e Idade Média

Na antiguidade, eram atribuídas aos deuses as influências exercidas sobre as questões relativas à vida, à doença e à morte. Ou seja, eram vistas como castigo divino. A medicina que, inicialmente, era considerada mágica, religiosa e empírica, passou a ter os fenômenos relativos ao processo saúde-doença estudados, buscando-se compreendê-los e explicá-los. Esse processo teve início na Grécia, considerada o berço da medicina científica, por volta do século V a.C., e sofreu enorme influência da filosofia.^{33, 34}

Diversas divindades estavam associadas à cura de doenças e a formas de evitá-las. Dentre elas podemos destacar Apolo, seu filho Esculápio, e suas netas, filhas de Esculápio, Panacéia (que é uma palavra utilizada hoje em dia para significar “*o que cura tudo*”) e Higéia (palavra da qual deriva o termo hígido, que significa “*o que é sadio*”). A história e a mitologia se confundem em diversos momentos, permanecendo a dúvida se Esculápio, de fato existiu.^{33, 34}

Alcmeon foi um famoso médico da época que deu bases científicas à medicina grega. A ciência passa a substituir o mito. Para ele, a doença era causada por um desequilíbrio do corpo proveniente de diversos fatores, como má nutrição (dietas irregulares ou inadequadas) e fatores externos (clima e altitude).^{33, 34}

A Doutrina dos Humores, que correlaciona a saúde com o equilíbrio dos quatro elementos: fogo, ar, terra e água, também surge na Grécia.^{33, 34}

Por volta de 460 a.C., Hipócrates passa a desenvolver métodos precisos e objetivos, baseados na inquirição e no raciocínio para o diagnóstico de doenças. As divindades são então substituídas, e Hipócrates, idealizador de um modelo ético e humanista, é considerado o pai da medicina.^{33, 34}

A medicina romana também se baseou, a princípio, na crença de vários deuses. Era, portanto, considerada mágica e sobrenatural, assim como a medicina grega. Os médicos gregos bem sucedidos influenciaram a medicina romana, que ganhou grande impulso principalmente nas questões relativas ao ensino.^{33, 34}

Em Roma, práticas excêntricas e farmacopéia inusitada eram mescladas com procedimentos médicos racionais. A saúde do povo era alvo de interesse no Império Romano. Os profissionais da cidade prestavam a assistência médica, e o atendimento

individual era universal e gratuito. Massagens, dietas, banhos, repouso e vinho eram prescritos livremente. O saneamento básico era considerado essencial, em todas as cidades importantes do Império havia fornecimento de água limpa. Roma possuía aquedutos e um enorme consumo de água por dia para banhos públicos. Estes banhos eram realizados em diversos locais, com água fria ou aquecida. Os esgotos eram de excelente qualidade, a ponto de alguns deles serem utilizados até hoje. O abastecimento de mantimentos durante o Império Romano acontecia de forma organizada, havia coleta de lixo regular, promovia-se vigilância sobre o estado das edificações e realizava-se o controle da saúde das prostitutas.

^{33, 34}

Na Idade Média, com a queda do Império Romano, a medicina passou por um péssimo período, onde houve proliferação de charlatões e a dor era considerada uma virtude humana. ^{33, 34}

A medicina vai sendo transformada ao longo do tempo de acordo com a forma como a sociedade se organiza. A constituição da cidade, por exemplo, só foi possível a partir da domesticação das plantas e dos animais, permitido, dessa forma, o sedentarismo e a sobrevivência de diversas pessoas num espaço cada vez menor. Para Guanabarinus, Araújo e Guanabarinae, o homem é sempre o mesmo ao longo do tempo, o que muda é a técnica.

“A ferocidade dos heróis de *Homero* é a mesma dos que jogaram a bomba de Hiroshima. O que difere é a potência da arma... Os tempos mudam... A pólvora vai provocar a decadência da cavalaria, e os ferimentos por arma de fogo vão transformar a medicina”. (p.100) ³³

2.2 Medicina das Espécies - Século XVII e Século XVIII

Os médicos dos séculos XVII e XVIII permaneciam afastados do doente. Seu trabalho se baseava na observação das marcas superficiais e imediatas visíveis, tentando adivinhar o interior através das observações externas, não realizavam palpação ou auscultação. A classificação das doenças era feita segundo suas características visíveis baseando-se em uma percepção essencial e ordinal, onde apenas o sentido da visão era utilizado. As doenças eram, portanto, agrupadas em espécies tal qual na botânica. Esse era o tempo da Medicina das Espécies. ¹

2.3 Medicina Classificatória - Século XVIII

O final do século XVIII proporcionou uma mudança no saber médico, aproximando-o do doente. Passou-se a observar o sofrimento dos homens a partir de uma nova organização do espaço, através de uma percepção qualitativa e cardinal, baseada em um núcleo de circunstâncias, e a partir daí passou-se a classificar as doenças. Sydenham foi quem iniciou o pensamento classificatório, dando início a Medicina Classificatória.¹

O médico passou a perceber que “*havia algo atrás da superfície visível*” (p.150)¹, utilizou, além da visão, os sentidos do tato e da audição, que o permitiram penetrar na profundidade do corpo, onde era possível descobrir a doença.¹

Neste método, o olhar médico se dirigia ao que havia de visível na doença, a partir do doente, ao mesmo tempo em que o neutralizava. A doença, segundo este método, podia se manifestar em diversos sítios. A relação da doença com o organismo não era constante nem necessária, pois não havia um espaço previamente definido. O órgão acometido servia apenas de suporte aos sintomas.¹

Para Tissot *apud* Foucault “*Os médicos devem se limitar a conhecer as forças dos medicamentos e das doenças por meio de suas operações; devem observá-las com cuidado, se aplicar em conhecer suas leis e não se esgotar na investigação das causas físicas.*” (p.13)¹

Foucault afirma que, neste tipo de medicina, era necessário um olhar qualitativo para perceber a doença no doente. Ou seja, o olhar atento do médico aos sintomas da doença era mais importante do que a fala do paciente e sua observação. É como se o paciente não existisse, o que interessava ao médico eram os sintomas da doença. Para este autor, na época da medicina classificatória, “*Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares. O indivíduo é apenas um elemento negativo*” (p.14)¹. Ou seja, o doente nada mais é do que a doença manifestada em um ser singular.

Talvez pudéssemos fazer um paralelo com o que vem acontecendo atualmente, aonde o paciente também vem sendo neutralizado, porém o médico tem se voltado para os exames complementares e todo o aparato científico-tecnológico disponível. Estaríamos nós voltando a agir de forma semelhante ao que acontecia na época do pensamento classificatório do século XVIII?

Uma epidemia, para a medicina classificatória, era analisada não no reconhecimento da forma geral da doença, e sim reencontrando os signos gerais, o processo único que varia, segundo as circunstâncias, de uma epidemia para a outra, desde a causa até a forma mórbida, que está presente em todos os doentes afetados, mas de uma maneira particular num determinado tempo e lugar. ¹

Para adquirir plena significação, a medicina das epidemias teria que ser acompanhada de uma polícia, pois era necessária a definição de um estatuto político da medicina e a formação de uma consciência médica incumbida de, constantemente, informar, controlar e coagir. ¹

Os tratados do século XVIII, que continham o saber médico de uma forma fechada, passaram a ser substituídos por quadros abertos e indefinidamente prolongáveis. Foi proposto para os médicos e cirurgiões militares um plano de trabalho coletivo composto do estudo das topografias, observações meteorológicas, análise das epidemias e das doenças reinantes além da descrição dos casos extraordinários. Ou seja, ao invés da enciclopédia, passou a existir um lugar onde a informação era incessante e constantemente revisada, onde o interesse era maior na totalização dos acontecimentos e de sua determinação do que no fechamento de uma forma sistemática do saber. O olhar médico passou a se voltar para uma espécie de registro clínico da série de acontecimentos. ¹

Nesse período foi sentida a necessidade de um controle estatístico da saúde, e era preciso que os cidadãos fossem informados sobre o necessário e possível saber em medicina, pois se acreditava que a melhor maneira de se evitar que uma doença se propagasse era através da difusão da medicina. ¹

Dois mitos se fizeram presentes nessa época: um, de uma profissão médica que se assemelhava ao clero. Este exercia seu poder sobre as almas, e o primeiro no nível da saúde e do corpo, acreditando que seria possível um desaparecimento total da doença na sociedade. Neste sentido, o padre seria responsável pela saúde das almas e o médico pela saúde dos corpos, onde ambos estariam inscritos nas missões da Igreja: “*a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos.*” (p.34) ¹

O outro mito estava relacionado a uma reflexão histórica. Na Idade Média, prevalecia o medo e o esgotamento, nos séculos XVI e XVII o sentimento de pátria, e com isso as obrigações que se tem para com ela, foram enfraquecidas. Já no século XVIII, as doenças estavam relacionadas à procura do prazer. Acreditava-se que se estes fatores fossem eliminados não haveria doença. Neste sentido, a tarefa do médico toma uma

conotação política, onde a busca pela saúde deve “*começar por uma guerra contra os maus governos.*” (p.36)¹ A medicina passou a estar ligada não apenas a um conjunto de técnicas de cura e todo o saber necessário a isto, ela passou a envolver também o conhecimento do homem saudável, ou seja, o não doente, o que leva a uma definição do “*homem-modelo*” (p.37).¹

Até o final do século XVIII, a medicina estava mais relacionada à saúde do que à questão da normalidade. A prática médica, portanto, se empenhava em promover uma regra de vida e de alimentação saudável, o que possibilitava a todos serem médicos de si mesmos.¹

2.4 Medicina Clínica - Século XVIII e Início do Século XIX

No final do século XVIII e início do século XIX a clínica representou um momento importante para a história da medicina, pois se acreditava que na clínica residia a origem da medicina. A relação do sofrimento com aquilo que o alivia, sempre foi baseada no instinto e sensibilidade mais do que na experiência. Essa relação não era mediada pelo saber, e não representava uma tomada de conhecimento ou uma opção para um conhecimento futuro. Para Foucault ela era realizada de forma imediata e cegamente por todo mundo, e as experiências realizadas por cada um eram passadas de pai para filho.¹

Foucault afirma que a clínica representou uma época de felicidade para a medicina. O saber começou a ser repartido por um grupo privilegiado apenas, levando a uma dissociação entre o Olhar e a Palavra, ou seja, o que se observava só era comunicado aos outros e aplicado na prática após ter passado pelo “*esoterismo do saber*”. (p. 59)¹

Neste sentido, a clínica passou a representar um tempo positivo do saber, em contraposição ao tempo negativo representado pelos sistemas. Com isso, a medicina foi colocada “*no mesmo nível que sua verdade*”. (p.60)¹

O final do século XVIII representou um tempo universal e histórico com a criação das instituições e dos métodos clínicos. Estes passaram a ser valorizados como se estivessem restituindo uma verdade eterna. Leiden, Boerhaave e seus alunos iniciaram um movimento de criação de cadeiras ou de institutos clínicos por toda Europa.¹

A nova medicina passava a ter como parte essencial, a prática da arte na observação ao leito dos doentes. A clínica passou a representar o tema principal da reorganização institucional da medicina. Nesta época foi apresentada uma proposta de se criar uma escola única para toda a França com a finalidade de formarem oficiais da saúde. Essa proposta se baseava no fato da medicina ser considerada “*uma ciência prática cuja verdade e sucesso interessavam ao conjunto da nação*”. (p.75) ¹

A soberania do olhar clínico busca tornar visível tudo que se encontra obscuro. Esse olhar calcula o tempo e as possibilidades. “*Olho que sabe e que decide, olho que rege*” (p.96) ¹. Ou seja, o exercício e as decisões do olhar são uma tentativa de ordenar uma ciência. Esse olhar busca “*ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias*” (p.96) ¹, se assemelhando a história natural. O olhar médico passa a se diferenciar do olhar de qualquer outro observador, pois se apóia e se justifica por uma instituição. Esse olhar tem poder de decisão e de intervenção. Ele busca identificar cada detalhe e fica vigiando qualquer desvio. Tem a função não só de constatar o que se pode ver, mas também de calcular as possibilidades e os riscos. ¹

A relação da doença com esse olhar médico promoveu uma mudança que possibilitou ligar o campo ao olhar através do que Foucault chamou de *códigos do saber*. Não se pode mais separar a teoria da experiência nem o método do resultado. ¹

A doença se apresenta ao observador do século XVIII através de sintomas e signos, onde os sintomas são a primeira transcrição, a primeira camada de uma verdade totalmente exposta ao olhar. Através deles a doença se deixa transparecer. O signo, por sua vez, anuncia o que vai se passar, faz a anamnese do que se passou e o diagnóstico do que está acontecendo no momento. Através do invisível o signo indica o que está mais oculto, mais distante. O sintoma é transformado em signo através da intervenção de uma consciência. O signo só existe através do sintoma, por isso todo sintoma é um signo, mas nem todo signo é um sintoma. A coleção de sintomas forma a doença. “*A doença deve ser considerada como um todo indivisível, desde seu início até seu término, um conjunto regular de sintomas característicos e uma sucessão de períodos*” (p.103) ¹.

O olhar médico no campo dos signos e dos sintomas formou o método clínico. O clínico ao descrever, assim como o filósofo ao analisar, fala da relação entre a consciência e o signo. Para Foucault, a verdade e a linguagem restituem o tempo. A história das doenças, que já possuía um sentido espacial, passa a ter uma importância cronológica. “*O olhar do*

clínico e a reflexão do filósofo detêm poderes análogos... visto que o mundo é para eles o análogo da linguagem” (p.105) ¹.

Para Tavares, *“a medicina sempre teve, explicitamente ou não, um conteúdo filosófico. E a concepção filosófica do homem condiciona as idéias sobre a saúde, técnica e ainda da terapia que se adote” (p.122) ³⁵.*

Nos últimos anos do século XVIII, a medicina descobre que pode tratar a incerteza de forma analítica, *“como a soma de graus de certezas isoláveis e suscetíveis de um cálculo rigoroso” (p.106) ¹.* Essa decisiva mudança conceitual fez de cada elemento que se percebia, um acontecimento que se registrava, e se colocava em uma série aleatória, o que antes era uma evolução incerta. A partir do momento em que o saber probabilístico foi incorporado, a medicina renovou totalmente seus valores perceptivos. *“O espaço onde devia se exercer a atenção do médico tornava-se um espaço ilimitado, constituído por elementos isoláveis, cuja forma de solidariedade era da ordem da série” (p.106). ¹* A medicina passa a ter a tarefa de perceber os acontecimentos de um domínio aberto, e não mais *“ver o verdadeiro essencial sob a individualidade sensível” (p.106) ¹.* Aí, segundo Foucault, se funda a clínica.

Cabanis institui a *“armadura técnica” (p.108) ¹* da percepção de um caso: a complexidade da combinação, o princípio da analogia, a percepção das frequências e o cálculo dos graus de certeza. Hipócrates, segundo Foucault, se ateve apenas à observação, ele desprezava os sistemas. Esse olhar era equipado com uma armadura lógica, o que o diferenciava de um olhar ingênuo, não preparado. Era um olhar que se abstinha de intervir, apenas observava. Para o clínico, esse mesmo olhar estava ligado a um silêncio que era capaz de escutar. A arte de observar tinha como base a lógica para os sentidos. O olhar clínico, portanto, era um ato perceptivo onde se subentendia uma lógica de operações: ao reconstituir a gênese de composição, ele se tornava analítico. ¹

A observação clínica que se fazia na clínica de Edimburgo era dividida em quatro questões: a primeira dizia respeito a idade, sexo, temperamento e profissão do doente; a segunda sobre os sintomas que ele sentia; a terceira falava sobre a origem e o desenvolvimento da doença; e, finalmente, a quarta se detinha nas causas distantes e nos acontecimentos anteriores. ¹

O método utilizado em Montpellier era diferente. Este se baseava num exame geral das modificações visíveis do organismo, onde eram vistas, inicialmente, as alterações do

corpo em geral, seguida da observação das matérias excretadas e, por fim, observavam-se as alterações percebidas pelo exercício das funções.¹

A medicina francesa impôs ao cenário acadêmico e ao exercício profissional a ausculta, a percussão, a patologia tissular, a instrução clínica sistemática e a autópsia, além do ceticismo clínico e a estatística.³⁶

Pinel, segundo Foucault, dizia que a clínica procurava determinar o “*‘lugar de encontro’ do médico com o doente*” (p.122)¹ por três meios: no primeiro, ocorria uma alternância entre o que era falado e o que era percebido em uma observação. Fazia-se uma observação geral, depois se interrogava o doente sobre seus hábitos, profissão e sua vida passada. Posteriormente percebia-se a evolução dos sintomas, o estado das secreções, o efeito dos medicamentos que foram utilizados e, por fim, fazia-se a prescrição. Um segundo meio estaria relacionado à capacidade do médico em traduzir o que seu olhar clínico estava vendo através de uma linguagem verbal, permitindo uma análise. E, por fim, o terceiro meio dizia que a descrição permitia ordenar as manifestações, seguindo uma sequência inteligível de sua origem. Ao descrever, o sintoma estava sendo transformado em signo, ou seja, o doente passava a representar a doença, estabelecendo um “*vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual estes formulam a ordem de sua verdade*” (p.125)¹. Portanto, a arte da medicina estaria baseada na arte de descrever.

O olhar clínico foi capaz de reconstituir certo esoterismo médico, rompendo com o sonho de uma ciência e uma prática abertas. Nesse sentido, a descrição, na medicina clínica, tornou possível colocar o oculto ao alcance, não de todo mundo, mas apenas dos profissionais da área. Com a clínica médica era possível ensinar medicina e fazer ciência.¹

No final do século XVIII Morgani estabeleceu uma direção para o moderno conceito de doença através da anatomia patológica, criando uma correlação clínico-patológica atual até os dias de hoje. Ele tratava de “*forma organizada das doenças da cabeça, do tórax, do abdômen, do baixo ventre, das febres, dos tumores e das doenças das extremidades.*” (p.140)³³

O olho clínico passou a ter um novo sentido, deixando de ser um ouvido atento a uma linguagem para ser um olho que apalpa o profundo, surgindo a metáfora com o tato. Nesse sentido a medicina dos sintomas se dissipou diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas.¹

Portanto, a anatomia patológica passou a dar nova significação aos métodos de análise e ao exame clínico, além de reorganizar as escolas e os hospitais. Passou-se a admitir que as lesões explicassem os sintomas, dando à anatomia patológica a fundamentação da clínica. Ou seja, a anatomia patológica passou a ordenar a clínica. Bichat foi seu grande ordenador.^{1, 33}

2.5 Medicina Anátomo-clínica - Século XIX

No início do século XIX os médicos passaram a descrever o que antes não se conseguia sequer enxergar, quanto mais enunciar. A racionalidade médica passou a perceber, a partir de Bichat, a textura, a cor, as manchas, a dureza e a aderência das coisas. A experiência passou a se relacionar com o olhar atento dos conteúdos visíveis, organizando em torno dele uma linguagem racional. Não foi o abandono de velhos sistemas e teorias que possibilitou a experiência clínica, e sim uma reorganização em profundidade e formal. Um discurso com estrutura científica foi possível mesmo sendo o objeto do discurso de mesma natureza que o sujeito. A medicina começou a ser vista como ciência clínica, baseando-se na experiência e na racionalidade, vista a partir dessa nova experiência da doença.^{1, 37}

A clínica mostrou um novo recorte das coisas, onde foi evidenciado o efeito da doença sobre o doente, a diversidade dos temperamentos dos indivíduos, a probabilidade da evolução patológica, e a necessidade de uma percepção vigilante e sempre aberta do saber médico.^{1, 37}

O mecanicismo se realizou no saber médico e na prática clínica através de um sistema classificatório das doenças a partir do modelo da botânica e da história natural. No momento em que foi possível construir esse sistema classificatório capaz de danificar a ‘máquina humana’, nasceu a patologia, e a medicina passou a ser a disciplina sobre a doença. Nesse sentido foi possível organizar os hospitais de acordo com a entidade patológica. A patologia passou a exercer liderança sobre a prática clínica, e com isso a ciência passou a ter o privilégio sobre a arte.^{1, 37}

Esse novo ponto de vista trouxe como consequência, até o século XVIII, que a questão da saúde, da vida e da cura tornaram-se supérfluas para o conhecimento. A partir

do século XIX, com a prática da autópsia e o conhecimento anátomo-clínico, essa tendência se exacerbou, e a saúde passou a “*ser vista cada vez mais não como a afirmação da vida, mas como ausência de doenças*” (p.64).³⁷ A medicina foi, aos poucos, se transformando na ciência do normal e do patológico.³⁷

Foucault enfatiza essa idéia quando diz que o diálogo entre o médico e o doente do século XVIII iniciava-se com a pergunta: “*O que é que você tem?*” (p.XVI)¹, e a partir da clínica, a pergunta passou a ser: “*Onde lhe dói?*” (p.XVI).¹ Para ele, essa forma de abordagem modifica a relação entre os sintomas e a doença.¹

Para Morgagni a dispersão anatômica é que dava a direção da análise nosológica. Era no princípio da vizinhança que se baseava o parentesco mórbido. Tanto a medicina das classificações quanto a clínica haviam suprimido esse regionalismo da análise patológica, e constituíram um espaço mais complexo e abstrato, baseando-se em coincidências, sucessões e ordem.¹

O olhar da experiência clínica se baseava na superfície. A partir de Bichat, a superfície das membranas foi incorporada a essa superficialidade, fazendo com que a anatomia patológica tivesse, inicialmente, fundamentado um objetivo real e incontestável de uma descrição das doenças. Ao analisar os tecidos foi possível estabelecer formas patológicas gerais. Partindo dos mesmos sintomas e da mesma forma de evolução foi possível se delinear grandes famílias de doenças através do espaço orgânico.¹

Tanto Morgagni quanto Bichat e Virchow eram capazes de localizar a doença. Porém Morgagni, baseando-se na anatomia patológica, a localizava nos órgãos; enquanto Bichat, baseando-se na anátomo-clínica, a localizava nos tecidos; e Virchow, por sua vez, dizia que estava na célula. Este último é conhecido como autor da patologia celular.^{1,33}

O século XIX foi uma época que marcou a soberania do olhar. Ou seja, a configuração da doença estava relacionada ao espaço de localização do mal no corpo, valorizando-se a anatomia patológica. Era possível identificar, através das lesões visíveis no corpo, as correspondências lógicas das massas anatômicas. Esse método era chamado anátomo-clínico.¹

Naquele século, a preocupação era maior com a normalidade do que com a saúde. Era importante conhecer o tipo e o funcionamento das estruturas orgânicas para então, poder partir para uma intervenção. Surgiu assim, uma bipolaridade entre o normal e o patológico, constituindo, dessa forma, um caráter único das ciências do homem, onde não

há como separar o negativo em que aparecem do positivo que se situam. O conceito de saúde estaria ligado à ausência de doença.³⁷

Ayres, por sua vez, afirma que “*saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle do que a pode ameaçar*” (p. 29)³⁸, é necessário reconhecer o que se pretende alcançar, e não apenas saber o que se deve evitar. O mesmo autor, no entanto, traz à tona a questão de que o ser humano só percebe algo de que precisa quando este algo lhe falta. Para ele este pode ser o caso da saúde. Neste sentido, o patológico parece preceder o normal e, a partir daí, o definir.³⁸

No final do século XIX e início do século XX, a família era tida como o melhor lugar para a reparação da doença, pois era considerado o meio natural da vida social, ou seja, foi criada uma idéia de consciência social da doença. A família estaria ligada ao doente por um “*dever natural de compaixão*” (p.42)¹, e a nação estaria ligada a ele por um “*dever social e coletivo de assistência*” (p.42)¹. O médico passou então, a desempenhar outro papel além do papel técnico, o econômico. Neste sentido ele passa a ser um “*vigilante da moral e da saúde pública*” (p.44)¹.

Os hospitais, locais de uma vigilância contínua, passaram a ser um espaço para os doentes sem família, para os portadores de doenças contagiosas, e para os casos difíceis, tornando-se indispensáveis medidas de proteção. O médico do hospital agrupava as doenças de acordo com a ordem, gênero e espécie.¹

A anatomia patológica antes de localizar, estabeleceu uma seqüência ordinal onde, a partir da espessura dos tecidos, foi possível estabelecer semelhanças entre as doenças. Essa estrutura lógica é a mesma vista no pensamento nosológico.¹

Com esse tipo de análise, a doença deixou de ser um “*objeto passivo e confuso*” (p. 143)¹, como acreditavam os clínicos, para se transformar em um “*sujeito ativo que a exerce impiedosamente sobre o organismo*” (p.143)¹. A anatomia se tornou patológica a partir do momento em que o patológico, espontaneamente, se anatomizou. Ou seja, as coisas que aconteciam em profundidade se manifestavam nas superfícies.¹

A partir daí uma nomenclatura médica foi criada, baseada no modelo dos químicos. As formas gerais de alteração passam a ser designadas pela terminação *ose*, as irritações dos tecidos terminam em *ite*, os derrames em *rea* e assim por diante.¹

Ao se deslocar o olhar médico da dimensão dos tecidos e dos sintomas para uma terceira dimensão, passou-se a definir a anátomo-clínica.¹

Uma diferença entre o olhar da clínica e o da anátomo-clínica chamava a atenção: Para a clínica, era necessário um sujeito exterior e decifrador. Para a anátomo-clínica, o importante era o médico ser capaz de “*ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo*” (p.150) ¹. A doença deixou de ser “*um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis*” (p.150) ¹ e passou a ser

“um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente” (p.150) ¹.

Para Sydenham e Pinel, a doença possuía, desde sua origem, uma racionalidade na qual era importante a ordem das coisas. A partir de Bichat a doença nada mais era do que a forma patológica da vida. E, tudo aquilo que se podia perceber além da doença era considerado a vida. ¹

Cabanis e Pinel, enquanto clínicos, tinham seus métodos como a realização da filosofia. Já os anátomo-patologistas viam no seu método a abolição da filosofia, pois eles teriam aprendido a perceber. A relação da vida com a morte passou a ser entendida sob outro aspecto. Um homem adoecia simplesmente porque ele podia morrer, mudando a percepção de que ele morria porque estava doente. Neste sentido Foucault afirma que a morte era a doença que tinha se tornado possível na vida. ¹

O olhar do clínico se dirigia a uma seqüência de acontecimentos numa determinada região. Com o conhecimento anátomo-clínico, a semiologia passou a ser um conjunto de técnicas que permitia constituir uma “*anatomia patológica projetiva*” (p.179) ¹, e não apenas uma leitura. Ou seja, os dados passaram a ser tridimensionais. Além da vista, foram acrescentados o ouvido e o tato, que até então estavam excluídos das técnicas médicas, pois a experiência clínica se limitava a tornar visível e legível. Para Foucault, a nova semiologia exigia “*uma espécie de triangulação sensorial a que devem colaborar atlas diversos.*” (p.180) ¹ Neste sentido, o olhar médico passou a possuir uma estrutura plurissensorial, em que além de olhar, ele era capaz de que tocar e ouvir. ¹

A partir do método anátomo-clínico, a medicina deixou de ser um conhecimento geral e abstrato. A morte passou a fazer parte da experiência médica, com isso foi possível observar a doença no corpo do doente. O século XIX foi dominado pela medicina das reações patológicas, que perdurou até o século XX. ^{1, 14}

A clínica continuava a exercer um importante papel na formação médica, porém não era mais o local privilegiado de descobertas e progresso. Ela passou a ser o local de prova das inovações produzidas em laboratórios. A partir do século XIX, devido a interesses comerciais e a multiplicação dos intermediários, esse período de provas foi diminuindo.^{14, 36, 37}

A medicina, na segunda metade do século XIX, sofreu uma revolução a partir da bacteriologia. Nas últimas décadas deste século, com o trabalho dos patologistas Koch e Pasteur, surgiu um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença, e com isso um conflito entre as questões relacionadas à saúde e doença. De um lado estavam os estudos bacteriológicos dos organismos infecciosos, e de outro estavam os estudos que davam ênfase ao conhecimento das condições de vida e os hábitos dos hospedeiros. Iniciou-se, assim, um conflito entre Saúde Pública e Medicina.^{14, 33, 36, 37}

2.6 Século XX

No início do século XX optou-se pela excelência das escolas de medicina, seus hospitais e corpo de pesquisadores médicos. Portanto, o conceito de Saúde Pública foi orientado pelo controle de doenças específicas, baseando-se na bacteriologia e distanciando-se das questões políticas e dos *“esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo.”* (p.79)¹⁴

Embora tenha havido uma predominância do enfoque médico biológico, o conflito entre essa abordagem e os enfoques sócio-políticos e ambientais permaneceram ao longo do século XX.¹⁴

A partir da segunda metade do século XX, a medicina incorporou uma grande quantidade e variedade de equipamentos e medicamentos, constituindo a tecnologia em saúde. Com essa incorporação houve uma sobrevalorização da possibilidade de intervir. Apenas no final deste século é que se busca definir positivamente a saúde e, com isso, conhecer procedimentos para sua promoção.³⁹

Luz afirma que, no atual contexto de um mercado capitalista, a medicina vem se transformando em uma relação de consumo de bens e serviços, onde o paciente demanda

determinado exame tal qual um cliente, e os cuidados médicos são avaliados em termos de custos pelos seguros e planos de saúde.⁴⁰

A medicina contemporânea sofreu transformações científicas e tecnológicas que trouxeram importantes avanços no poder de diagnose, na intervenção terapêutica precoce, além de mais eficiente, mais eficaz, precisa e segura, possibilitando uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Por outro lado promoveu uma segmentação excessiva do paciente, um intervencionismo exagerado, tornou os procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais caros, e desconsiderou os aspectos psicossociais. Os fatores citados acima, associados à iatrogenia, limitaram seu uso. Esse movimento tornou as ações de assistência à saúde progressivamente incapaz de se mostrar sensível às necessidades das pessoas.⁴¹

Para Guanabarinus, Araújo e Guanabarinæ, a medicina, é a “*ciência e arte de curar*” (p.35)³³, pois tem o lado científico e o não racional. Este último pode ser visto em diversos casos de cura de forma totalmente inesperada como, por exemplo, o caso dos milagres, bem documentados, de Lourdes.³³

Vista como um híbrido de ciência e arte, a medicina vem, segundo Ayres, se tornando narcísica. Ou seja, a medicina tecnocientífica admira-se no espelho mostrando-se para a arte a quão poderosa ela é, enquanto esta insiste em mostrar à ciência que seus potenciais artísticos são ilimitados.

“Com efeito, desde a aurora da Modernidade emergiu, junto a uma consciência histórica e socialmente configurada; de que o adoecer é também histórica e socialmente configurado; de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-s entre si e com seu meio.” (p.101)⁴¹

A medicina, ao mesmo tempo em que avançou do ponto de vista científico e tecnológico, também “*mudou sua representação social*” (p. 42)⁴², passando a adquirir a condição de ‘*profissão*’. Essa ascensão, segundo a sociologia, é uma característica evolutiva das sociedades modernas.⁴²

A partir do momento em que a medicina é considerada uma profissão, torna-se necessário que os futuros profissionais passem por uma formação especializada, distinguindo-os de outros ofícios. Desde então, o trabalho desses profissionais e sua formação passam a ser exercidos pelos próprios médicos, que passam a gozar de um monopólio de sua atividade, de autonomia e controle do exercício profissional.⁴²

3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E FORMAÇÃO MÉDICA

3.1 O Trabalho

O trabalho é produzido a partir do momento em que existe alguma necessidade. Os animais produzem seu trabalho, como por exemplo, uma aranha tece sua teia de acordo com as suas necessidades. Já o homem, tem seu processo de trabalho guiado pelas necessidades dos outros. As formigas e abelhas possuem certa socialidade que permite uma divisão do trabalho, porém essa socialidade não permite uma separação entre o momento intelectual (o projeto) e o manual (execução) do processo de trabalho. Suas atividades são diferenciadas geneticamente e por variações ambientais, e são reproduzidas por toda a vida. Diferentemente do homem, que é capaz de mudar de lugar na divisão do trabalho, ou até mesmo deixar de trabalhar. O processo de trabalho humano permite um acúmulo de excedente. Tal fato permitiu o aparecimento de classes sociais. Em determinadas sociedades, houve um *“aprofundamento na divisão social do trabalho e aos correlatos desenvolvimentos tecnológicos, de tal forma que o homem social parece cada vez mais capaz, pelo menos potencialmente, de escolher e controlar o seu destino.”* (p.5) ⁴³ Ou seja, não existe um mecanicismo no raciocínio tal qual o que está presente no mundo das abelhas e das formigas. O volumoso excedente econômico com sua apropriação de modo diferenciado permitindo a divisão da sociedade em classes sociais e os desdobramentos provenientes dessa divisão não foram fatalidades ou provenientes de necessidades naturais da espécie humana como se fora uma evolução natural. Sempre esteve presente a capacidade humana de separar o pensar do fazer. ⁴³

Só é possível compreender as características do trabalho humano e da socialidade levando-se em conta o período histórico em que se vive. ^{43, 44}

“Em síntese, dadas as características do trabalho humano, por produzir sempre em face de necessidades sociais, por relacionar os homens através de seus produtos, por relacioná-los conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições do trabalho, o processo de trabalho humano é, antes de tudo o mais, o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado, através da produção de bens e serviços.” (p.5) ⁴³

O conceito de trabalho humano está relacionado à transformação de algo que existia antes que, através do dispêndio de certa energia, se transforma em outro algo. Ele é o *“substrato básico da socialidade humana. É através do trabalho que o homem social*

acumula excedentes e saberes capazes de fazer a sociedade mudar enquanto se reproduz.” (p.7) ⁴³

Fonseca e Stauffer afirmam que *“é possível e necessário construir projetos contra-hegemônicos nos quais a formação de trabalhadores figure no sentido da transformação da sociedade.”* (p.25) ⁴⁵

Ramos afirma que o trabalho estrutura a vida das pessoas. Para este autor, não há como suprir as nossas necessidades, desde as mais básicas (como fome, frio, etc.) até as necessidades do espírito (prazer, desejo, etc.) sem que produzamos meios para isto. Ele segue afirmando que a partir do momento em que superamos uma necessidade, nos tornamos livres dela e criamos condições para realizar outras coisas. Nesse sentido, o trabalho seria o movimento de passagem da necessidade para a liberdade. (p.27) ⁴⁶

O modo como o trabalho é realizado e o que se faz com seus produtos variam conforme a sociedade que estamos analisando. ³⁹ Em sociedades capitalistas, a necessidade passa a ser gerar lucro e acumular riqueza, ou seja, *“nossas necessidades ficam reduzidas aos bens e serviços que nos mantém vivos e em condições de trabalhar, os quais temos que comprar na forma de mercadorias com o nosso salário”* (p.28) ⁴⁶. Nessas sociedades a força de trabalho passou a ser uma mercadoria.

Ramos questiona o porquê de vivermos angustiados com a ameaça ou mesmo a experiência do desemprego, uma vez que a humanidade atingiu um estágio tamanho de produção científica e tecnológica que possibilitaria que todos trabalhassem menos e, com isso, nosso tempo de necessidade estaria reduzido e o de liberdade aumentado. (p.28) ⁴⁶

A mesma autora afirma que o trabalho tem uma dupla determinação: uma ontológica, pois independente de como se manifesta, ele é produtor de vida humana; e outra histórica, pois diferentes formas de trabalho surgiram ao longo da história de acordo com as relações sociais de produção da vida (trabalho primitivo, servil, escravo e assalariado). ⁴⁶ Portanto, do ponto de vista ontológico, a atenção em saúde é entendida como *“a ação humana destinada ao cuidado do/com o outro”* (p.54) ⁴⁶. Nesse sentido, o trabalho em saúde não é uma mercadoria, é o *“meio pelo qual a existência humana é produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social”* (p.54) ⁴⁶. Logo, há que se resgatar o sentido do trabalho em saúde, que não deve ser apenas um produtor de mercadorias, e sim produtor de *“vidas humanas em sua plenitude.”* (p.29) ⁴⁶

O trabalho produz bens, serviços e conhecimentos. Ou seja, ciência e tecnologia também são consideradas forças produtivas uma vez que podem ampliar as capacidades, as

potencialidades e os sentidos humanos.⁴⁶ Por outro lado, os conhecimentos populares, surgidos através de práticas cotidianas e culturais de uma comunidade, só passam a ter validade depois de legitimados pelo método científico.⁴⁶

O trabalho nas sociedades capitalistas é de tal forma complexo que a teoria é dissociada da prática, ou seja, o trabalho intelectual é realizado por um profissional e o trabalho manual é realizado por outro. Nesse sentido o trabalhador é separado do produto de seu trabalho, deixando de ser “*sujeito pleno da totalidade do processo de trabalho*” (p.42)⁴⁶ e passando a ser considerado parte de uma máquina. No entanto, não devemos esquecer que “*há sempre uma dimensão intelectual em todo trabalho, pelo simples fato de a consciência ser uma característica humana.*” (p.51)⁴⁶

Ramos diz que, apesar de cada profissional de saúde ser responsável por uma atividade específica, é importante que todos tenham clareza da totalidade do processo de trabalho em que estão inseridos.⁴⁶

Desde o final do século XVIII, a educação da classe trabalhadora tem sido voltada para a reprodução da força de trabalho como mercadoria. Com a proliferação da indústria, foi necessário ampliar a finalidade da escola, pois se necessitava de um novo tipo de trabalhador, que com o tempo foi vindo a sua formação para o trabalho passando a significar uma formação profissional.⁴⁶

Todo trabalho que valoriza diretamente o capital, ou seja, que produz mais-valia é considerado trabalho produtivo do ponto de vista do processo capitalista de produção. A categoria serviços, porém são atividades que não promovem essa valorização direta, pois ele é consumido por seu ‘valor de uso’ e não como ‘valor de troca’.⁴⁶

A prestação de cuidados de saúde é considerada uma atividade de interesse do público. Por ser um serviço, estão implicadas as dimensões de consumo e produção, e a realização dessa prestação envolve múltiplos interesses (diferentes clientelas, motivação do consumo, atuação de múltiplos agentes).⁴⁶

As relações de trabalho na área da saúde estão ligadas às relações trabalhistas (áreas das ciências jurídicas) e as relações de produção (na área da economia política). Ou, mais amplamente, considera-se três dimensões: econômica (enquanto relações de troca), político-ideológica (relações de poder e espaço de conflitos), e a dimensão organizativa do processo produtivo (divisão do trabalho).⁴⁷

3.2 Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é fundado em uma relação inter-pessoal muito intensa. A eficácia do ato depende desta relação. Neste sentido, podemos considerar o serviço de saúde como sendo a aplicação de conhecimentos a um indivíduo em particular, diferente de outros serviços que resultam da aplicação de regras gerais em um processo de trabalho genérico.⁴⁸

Os serviços de saúde, no entanto, vêm sendo cada vez mais, submetidos à lógica capitalista, haja vista a privatização dos mesmos. No entanto,

“a atenção e o cuidado em saúde não podem se transformar em mercadorias diretamente valorizáveis para o capital, a não ser no estrito limite de que esse trabalho atua também na reprodução da força de trabalho e, portanto, influencia em seu valor.” (p. 49)⁴⁶

Ramos afirma que,

“À medida que o ser humano se ‘coisifica’, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção.” (p.54)⁴⁶

A partir do momento em que o homem procura responder as suas necessidades de saúde, cuja satisfação é elemento fundamental para a sobrevivência dos homens em sociedade, surge o trabalho em saúde.³⁷

Fonseca e Stauffer citam Lima ao dizer que,

“o trabalho em saúde ultrapassa a questão puramente técnica, tendo em vista que se institui como uma prática social que deve manter e reproduzir a força de trabalho, buscando controlar as tensões e antagonismos sociais produzidos pelo capitalismo, possibilitando a manutenção/reprodução da força de trabalho, assim como a produção da mais-valia.” (p.24)⁴⁵

O trabalho em saúde, a partir da integralidade da atenção à saúde, reconstitui a humanidade das pessoas diante das suas necessidades “*como sujeito e não como objeto do capital*” (p.54)⁴⁶, e passa a caracterizar a organização do processo de trabalho, que tem por detrás o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. No entanto, para que o atendimento integral seja uma realidade, são necessárias políticas sociais públicas e universais garantidas através de serviços públicos de saúde.⁴⁶

O trabalho em saúde tem como particularidade a integração entre os aspectos intelectual e manual. Neste trabalho, em especial no caso da cirurgia e da clínica, o profissional que dá a direcionalidade técnica é o mesmo que a executa, diferentemente do que ocorre em outros processos de produção. Entretanto, o que se tem visto atualmente, é

que os processos de trabalho em saúde vêm reproduzindo a separação entre trabalho intelectual e manual, e trabalho simples e complexo, que são próprias da produção capitalista. Ramos enfatiza que é necessário superar esta separação e resgatar o sentido ontológico do trabalho em saúde, porém questiona de que forma isso seria possível.⁴⁶

A demanda pelas necessidades de saúde foi uma das mais antigas formas de origem do trabalho social separado, como pode ser visto no trabalho dos Xamãs. Estes eram considerados mediadores entre o homem e o universo, pois dominavam as relações existentes entre os homens, coisas, animais e eventos naturais. Ou seja, o Xamã era capaz de re-conectar o homem com o universo a que ele pertence através da libertação do ‘mal’ que está afligindo o homem naquele determinado momento, tendo como base a necessidade social e historicamente determinada em que o Xamã vivia e trabalhava, que era uma comunidade primitiva onde existia uma divisão social embrionária. Esse ‘mal’ ou ‘entidade’ que teria se apossado do corpo das pessoas era expulso através de rituais. Nessa época, a concepção de doença estava relacionada à presença de ‘entidades’ (existentes no mesmo plano da realidade imediata) que se apossam do indivíduo fazendo-o sofrer. Ou seja, relacionava-se a um pensamento mágico.^{33, 37}

A doença, da Idade Média até o século XVIII, passa a ter uma concepção religiosa. Ela era considerada uma provação, algo que se tinha que passar para alcançar o paraíso, e as ‘entidades’ não estavam no mesmo plano da realidade imediata como acreditavam os xamãs. Elas se encontravam para além desta realidade. Com isso, a atividade terapêutica deixou de se basear na intervenção e passou a ser expectante.^{33, 37}

Essa mudança de foco trouxe consequências para o trabalho em saúde, pois, uma vez que a conduta a ser tomada era expectante, houve pouco desenvolvimento tecnológico. Outra importante consequência foi à organização do trabalho em saúde, que adquiriu a forma de assistência, com isso, o processo de trabalho passou a reproduzir as assimetrias, hierarquias e poderes.³⁷

Até o final do século XVIII, a concepção de doença esteve ligada a essas ‘entidades’, portanto o processo de trabalho em saúde estava diretamente relacionado a elas.³⁷

Ao passarmos da racionalidade mítica para a racionalidade filosófica, processo que se iniciou na Grécia, a doença deixou de ser entendida como uma entidade para ser compreendida como um “*desequilíbrio na harmonia natural universal*”. (p. 15)⁴³ Ou seja, a doença estava no homem, mas não era dele, “*estava nele como parte da natureza*.” (p. 16)⁴³

O médico grego atendia a classe social de cidadãos livres e tinha seu processo de trabalho voltado para a observação das alterações que faziam o homem sofrer, com isso se esforçava em favorecer a natureza a encontrar seu caminho ou evitar que a mesma tomasse um caminho diferente.^{37, 43}

O primeiro passo, portanto era o de reconhecer o desequilíbrio existente. A este passo chama-se diagnóstico. O passo seguinte para o médico grego era o de “*saber para onde o conjunto de processos da doença se encaminha*”. (p. 16)⁴³ Este momento do trabalho é chamado prognóstico, que era a “*chave geral de aplicação de todos os instrumentos de trabalho (terapêutica)*” (p. 16)⁴³, cujo objetivo era de ajudar a natureza. O prognóstico nos dias de hoje está relacionado a uma previsão probabilística que visa ajudar a tomar decisões em relação à terapêutica ou à própria doença, onde os instrumentos de trabalho visam contrariar a natureza.⁴³

Os doentes naquela época dominavam o saber filosófico sobre a natureza tanto quanto o médico, uma vez que os doentes eram cidadãos livres e pertenciam a determinada classe social que tinha acesso ao saber. Ou seja, eles se colocavam lado a lado a fim de zelar por um esforço curativo natural.^{37, 43}

Havia também outro tipo de profissional que atendia aos pequenos trabalhadores livres e escravos, cuja função se assemelha muito ao atual trabalho em saúde. A principal função era restituir a funcionalidade do corpo, cuja prática se voltava fundamentalmente ao tratamento de lesões externas, cortes, lacerações, fraturas e ferimentos de um modo geral (posteriormente este profissional passou a ser conhecido como cirurgião barbeiro). Para este tipo de trabalho não era necessária uma elaboração teórica tão grande quanto a necessária para o outro tipo de trabalho médico. Este processo possibilitou acumular conhecimentos empíricos capazes de estabelecer, posteriormente, a cirurgia como técnica terapêutica.^{37, 43}

A nova relação entre os homens através do trabalho, a partir do capitalismo, fez surgir novas necessidades de saúde. Isso decorre, dentre outras coisas, do novo significado social que o corpo adquiriu como força de trabalho. “*Essa força de trabalho livre, pronta para ser vendida e consumida nos processos de trabalho, deve estar disponível em quantidade e qualidades adequadas à nova dinâmica da produção social, muito mais vulnerável à sua carência relativa.*” (p.20)⁴³

As práticas de saúde passaram a responder a essa nova demanda, abrindo duas vertentes para o trabalho em saúde: a) controlar a ocorrência de doença (nesse plano,

doença = incapacidade de trabalhar), evitando-a, o que corresponde a todo um modelo de processo de trabalho (controle das doenças), e b) recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença (recuperação dos doentes).^{37, 43}

A racionalidade científica moderna propôs uma nova “*forma de decodificação do significado das coisas e eventos*” (p.60)³⁷, atribuindo uma ordem de sentidos. Esse movimento, portanto, acabou por abolir o pensamento religioso. Essa nova forma de ‘*produzir verdades*’ possui um caráter “*exploratório, interventor e desbravador*” (p.61)³⁷, além de ter tornado a Natureza um objeto, enquanto a razão passou a ser o sujeito do conhecimento.

A medicina passou a adotar essa concepção racionalista e mecanicista. Com isso o homem passou a ser dividido em diversos compartimentos: a razão, a paixão, os sentidos e as vontades. A partir dessa compartimentalização foi possível tornar o homem um objeto da ciência da mesma forma como foi feito com a Natureza. Ou seja, o homem tornou-se “*coisa passível de intervenção, de transformação, de modelação e de produção.*” (p.62)³⁷

As práticas de saúde foram consideradas importantes frentes de constituição da racionalidade moderna, fazendo do trabalho em saúde, “*protagonizado pelo avanço da medicina em torno das categorias de ‘doença’ e ‘organismo’*” (p.65)³⁷ uma prática tanto social quanto técnica.³⁷

3.3 Processo de Trabalho em Saúde

O conceito de processo de trabalho em saúde foi formulado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves a partir da análise, em especial, do processo de trabalho médico. A matéria-prima na qual incidirá a ação do trabalhador do setor saúde é a necessidade humana de saúde, que se constituirá, portanto como objeto de trabalho.³⁹

Esse objeto é recortado por um olhar que tem um projeto de transformação, representado pela intencionalidade do processo de trabalho. Ou seja, o projeto que está na mente do trabalhador.⁴³

Os instrumentos de trabalho são constituídos historicamente pelos sujeitos permitindo, dessa forma, ampliar as possibilidades de intervenção sobre o objeto.⁴³

O trabalho em saúde, segundo Mendes Gonçalves, *“organizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas (...) como forma de recuperar a força de trabalho (...) e como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas.”* (p.11) ⁴³ Neste sentido, tal processo de trabalho passou a corresponder às necessidades sociais. Portanto, os instrumentos de trabalho que se desenvolveram foram, dentre outros, o saneamento, a fim de controlar os fatores associados às doenças; e a educação em saúde, com o objetivo de evitar o contato com os mesmos fatores. Esse novo olhar trouxe a idéia de que a doença pode ser oriunda de fatores ambientais e sociais. Em outras palavras, a estrutura da sociedade era causadora de doença, levando a uma concepção política de que *“para produzir saúde é preciso mudar a sociedade”*. (p. 12) ⁴³

A partir do século XIX a doença passou a ter como sede o corpo biológico individual, surgindo uma concepção individualizante e biológica. Foi necessário o desenvolvimento de ciências complementares, como a fisiologia e a patologia, que fossem capazes de realizar na prática o diagnóstico, através da evidência de alteração morfofuncional. ⁴³

A medicina anátomo-clínica é individualizante uma vez que ela reduz a doença às suas dimensões biológicas, deixando de fora as dimensões sociais de cada corpo individual. *“O produto do processo de trabalho assim estruturado é um bem só consumível individualmente, com o que o acesso a ele se torna peça funcional nas negociações que parcialmente resolvem os conflitos sociais.”* (p.12) ⁴³

A concepção mecanicista do processo saúde-doença, com reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e o foco da atenção sobre a doença e o indivíduo, organizou o ensino e o trabalho médico baseado na fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde, dando origem a médicos com especialidades em partes dos processos diagnósticos e terapêuticos, além de agregação de outros profissionais com áreas de atuação complementares. ⁴³

Em sociedades como a brasileira que têm a saúde como direito, o trabalho em saúde deve ser pautado pelo referente simbólico do ato de cuidar da vida como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. Dessa forma, o objetivo central seria, justamente, as *“necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado”* (p.430) ³⁹. Ou seja, as práticas de saúde deveriam visar a produção social da vida e defendê-la.

A rede hospitalar passou a receber, a partir da década de 40, um volume cada vez maior de investimentos, e a atenção à saúde foi-se tornando sinônimo de assistência hospitalar. O ensino e o trabalho médico foram, então, se organizando em torno dessa rede.

39

Para que o trabalho em saúde supere a alienação produzida pelo determinismo biológico do processo saúde-doença e consiga abarcar os determinantes sociais desse processo, é necessária uma articulação entre a formação acadêmica e a formação profissional, mais especificamente,

“a articulação da educação com o processo de trabalho em saúde ou o aprofundamento da estratégia ensino-serviço, aliando a dimensão técnica e a dimensão política no processo de formação, e a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores de saúde pautado na questão democrática, na relação solidária com a população, na defesa do serviço público e da dignidade humana.” (p.18) ³⁹

As mudanças no mundo do trabalho que ocorreram em meados dos anos 70, tais como a incorporação tecnológica crescente, o desemprego, a flexibilização e precarização do trabalho, repercutiram no processo de trabalho em saúde de forma muito específica. ³⁹

Os anos 90 foram considerados um divisor de águas do processo de trabalho em saúde. Nessa década surgiram formas flexíveis de trabalho e, com isso, a regulação do Estado; além de ter havido uma mudança no foco de análise das questões relacionadas à integralidade do cuidado, que foi deslocado para a relação profissional-usuário e as relações entre os profissionais. ³⁹

O processo de trabalho em saúde, entretanto, possui três dimensões: a direcionalidade técnica, como em qualquer outro trabalho; a dimensão do serviço, o que o difere do trabalho na indústria; é um serviço que não se realiza sobre coisas, e sim sobre pessoas, onde essas pessoas contribuem para o processo de trabalho, e elas são parte desse processo. Neste sentido, o cuidado realizado estabelece uma inter-relação entre quem consome e quem presta o serviço, ou seja, o usuário é co-responsável pelo resultado da ação terapêutica. ⁴⁸

Na produção da saúde, o trabalho humano é realizado no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Ou seja, por meio do trabalho vivo em ato. Este trabalho interage a todo o momento com instrumentos, normas e máquinas, formando, dessa forma, um processo de trabalho que interage com diversos tipos de tecnologias. São essas interações que irão dar sentido no modo de produzir cuidado. ⁴⁰

Em relação ao cuidado em saúde, tiveram contribuições do estudo sobre o trabalho vivo em ato e sobre a intersubjetividade e a prática dialógica, o que fez com que permitisse ao processo de trabalho em saúde ter uma abordagem como prática social para além das áreas profissionais especializadas.³⁹

O processo de trabalho em saúde também é utilizado em questões relacionadas à atenção em saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais e trabalho em equipe de saúde, o que permite abordar os aspectos estruturais, além dos relacionados aos sujeitos da ação. É nessa dinâmica que se configuram os processos de trabalho.³⁹

3.4 O Cuidado como Orientador das Práticas de Saúde

Ayres afirma que para se construir práticas de saúde que respondam de forma integral e humanizada às necessidades das pessoas e das comunidades, devem ser feitos esforços de natureza científica, técnica, ética e política, baseando-se no diálogo entre os sujeitos, pois o conceito de Cuidado está implicado nas relações interpessoais entre profissionais da saúde e usuários, na perspectiva do trabalho das equipes e da atenção à saúde de grupos populacionais.⁴¹

Para este autor, a atitude de cuidar deve ser mais do que uma pequena parcela das práticas de saúde, ela deve incluir uma reflexão e intervenção no campo da saúde.⁴¹

O labor implicado no cuidado de si é constituído por um conjunto de atividades formulado principalmente por médicos. Este profissional possui uma enorme responsabilidade para com os sujeitos de seu cuidado, o que implica refletir acerca do processo de trabalho necessário para dar conta deste objetivo último da profissão (o Cuidado com ser humano) desde o início da formação acadêmica.⁴¹

A assistência à saúde tem sido associada a um fluxograma em que a ciência é vista como produtora do conhecimento sobre as doenças. Esses conhecimentos, na etapa seguinte, são transformados através da tecnologia, em saberes e instrumentos para intervenção e, ao fim desse fluxograma, encontram-se os profissionais da saúde cuja função é aplicar esses saberes e práticas a fim de produzir saúde. Ayres chama atenção para o fato de que esse fluxograma pode ter um caminho inverso, em que a forma como são aplicados e construídos as tecnologias e conhecimentos científicos podem determinar limites para se enxergar as reais necessidades em saúde.⁴¹

O trabalho do profissional de saúde não se resume simplesmente à aplicação de conhecimentos e tecnologias, envolve também, responder aos questionamentos, trazidos pelo paciente de forma explícita ou não, sobre a vida e como se comportar diante dela. Ayres afirma que “*não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de ‘objetos’*” (p.61) ⁴¹, é necessário “*saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência*” (p.62) ⁴¹ para que possamos participar ativamente de sua construção.

Mendes Gonçalves afirma que o que o homem atual precisa

“é do trabalho do Xaman, que lhe explica a natureza da entidade que o aflige e procura exorcizá-la através de procedimentos que não se dirigem apenas ao doente, mas ao mesmo tempo o integram à vida social como um indivíduo que, como os outros, sabem em que mundo está e mantém íntegros seus sentimentos da relação com este mundo.” (p.13) ⁴³

A partir do momento em que o Cuidado passa a ser o horizonte das ações de saúde, são necessários espaços de reflexão e negociação sobre os objetivos e meios das ações em saúde, a fim de se construir um aonde e como chegar com a assistência. ⁴¹

Os saberes científicos tendem a trabalhar com regularidades, com relações de determinação, as quais não são encontradas nas situações concretas do cotidiano das práticas de saúde. Nesse sentido é necessário haver uma ampliação do espectro desses saberes para que o outro da relação terapêutica e seus contextos estejam incluídos no Cuidado. As tecnologias leves são as que mais colocam os profissionais de saúde frente ao outro. ⁴¹

Em cada encontro terapêutico deve ser estabelecida uma relação de cuidado, onde os aspectos humanistas de atenção à saúde estão relacionados diretamente com o aspecto técnico, buscando uma construção compartilhada. ⁴¹

As práticas de saúde devem expandir sua referência para além da normalidade morfofuncional característica das “*tecnociências biomédicas modernas*” (p.80) ⁴¹ em direção a um ideal de felicidade, que tem um caráter pessoal.

As ações desenvolvidas também precisam ser avaliadas sob outro ângulo. O bom êxito não pode ser julgado apenas pela adesão ou não a proposta de atenção ou pela baixa demanda por um serviço oferecido. A racionalidade biomédica deve ser enriquecida com outros saberes e ciências, superando a conformação individualista, indo em direção a esferas coletivas, institucionais e estruturais de intervenção. ⁴¹

É necessária a criação de espaços de cuidado onde estejam presentes outras linguagens, como a linguagem corporal, a expressão artística e outras racionalidades terapêuticas. Há que ser feito um grande esforço para que as novas propostas teóricas sejam efetivadas nas práticas de saúde. Só assim poderão ser chamadas de Cuidado.⁴¹

A sabedoria prática deve fazer parte da relação terapêutica. Este tipo de sabedoria nasce da experiência prática e não da racionalidade científica. Essa permeabilidade do técnico pelo não-técnico é parte importante na humanização do atendimento. A transformação das ações assistenciais assim concebidas terá adquirido a forma do Cuidado.⁴¹

Esta escuta, porém deve ser entendida como uma escuta de qualidade, onde o profissional se coloca, realmente, disponível para escutar. Ele deve buscar estabelecer um diálogo verdadeiro, onde tanto o profissional quanto o usuário tenham o direito de ser escutados e o direito a falar, abandonando-se o diálogo dirigido que normalmente se estabelece durante uma anamnese. Neste tipo de interação as perguntas são feitas apenas para direcionar a um diagnóstico, ou seja, existe um filtro sobre o que realmente interessa, não há espaço para uma interação que permita um diálogo efetivo.⁴¹

Portanto, se quisermos tomar o Cuidado como orientador das práticas, devemos identificar “*as condições de possibilidade para a desejável presença de uma sabedoria prática em meio e por meio das tecnologias do encontro terapêutico.*” (p.90)⁴¹ Esse processo só se torna possível se existir uma abertura para ao diálogo. Diálogo esse que se manifesta através do real interesse em ouvir o outro. O ouvir e o fazer-se ouvir são indissociáveis em um autêntico diálogo.⁴¹

A partir do momento em que o diálogo é efetivamente estabelecido, o Cuidado passa a ser uma atividade de saúde onde estão implícitas a responsabilidade e a identidade, não se prendendo apenas a parte técnica, permitindo “*fugir à ‘comodidade’ estéril do estar fazendo ‘corretamente’ a (conhecida e segura) parte técnica.*” (p.93)⁴¹

Neste sentido, existe uma implicação muito grande do profissional, pois a partir do momento em que ele se responsabiliza, ele assume riscos, e

“é preciso que cada profissional de saúde, (...) se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca de quanto esses sujeitos são reconhecedores e partícipes desses compromissos.” (p.94)⁴¹

As práticas de saúde devem acompanhar o movimento do próprio ser humano, que está constantemente se construindo e reconstruindo. O profissional da saúde não deve se

conformar em ter apenas o papel de um “*porta-voz da discursividade tecnocientífica*” (p.90).⁴¹

Tomando-se o Cuidado como norte, atuando de forma humanizada na atenção à saúde, a reconstrução contínua de identidades deve ser uma constante, “*tanto do ponto de vista existencial quanto do ponto de vista das práticas de saúde*” (p.94)⁴¹. Os diagnósticos e as terapêuticas propostas devem estar vinculados a situações existenciais, não ficando restritas ao âmbito morfofuncional. Neste sentido Ayres afirma que: “*O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos*” (p.26).⁴¹

Para Ayres o sucesso do encontro dos sujeitos, traduzido pela felicidade, compreende, além do êxito técnico, as dimensões éticas e estéticas.⁴¹

Os profissionais da saúde devem buscar estabelecer um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais estão dispondo suas competências profissionais, tentando vencer a resistência, proveniente da linguagem, diante do outro. Estes profissionais não devem ignorar que, entre ambos, já existe um diálogo intrínseco, pois ambos já existem em seus mundos, e o encontro deles se dará nesses mundos que já existem, não se dará no vazio. Muitas vezes, por não levarmos em conta que já existe um diálogo subentendido, nos sentimos fracassados quando não conseguimos tornar as pessoas “*sujeitos de sua própria saúde*” (p.24)⁴¹, nos imobilizando ou até mesmo nos fazendo desistir. Os profissionais da saúde devem despender um grande esforço a fim de reconstruir a intersubjetividade presente no campo das práticas.⁴¹

As práticas dos profissionais da saúde têm se voltado para o conhecimento/controlar das doenças, o que não leva os sujeitos a se moverem em seus “*encontros desejantes*” (p.27)⁴¹. Para que as práticas de saúde tenham sucesso é necessário mais do que controlar doenças, é necessária a constituição das intersubjetividades para o sucesso prático. Porém o sucesso que vem orientando as atuais práticas tem se confundido com êxito técnico.

O êxito técnico, segundo Ayres, está relacionado a um “*sucesso em relação a um ‘como’ fazer*”, não se voltando à definição de o “*quê fazer*” (p.31)⁴¹. Nesse sentido é muito mais fácil a definição do que é prevenir doenças do que a definição de o que é promover saúde.

As práticas de saúde têm se mantido no conhecimento das regularidades para saber como controlar as doenças, ou seja, define saúde a partir da negatividade da doença,

deixando de lado uma importante reflexão a respeito do que “*sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde*” (p.31) ⁴¹. Ayres afirma que,

“É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry, as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática (...) talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida.” (p.99 e 100) ⁴¹

No ato de toda ação terapêutica existe sempre um encontro entre sujeitos. Nesse encontro estão presentes a compreensão e a construção de si mesmo e do outro. ⁴¹

“A aceitação desta dimensão verdadeiramente ‘formativa’ do encontro terapêutico, isto é, da citada natureza compreensiva e construtiva do diálogo mediado pela técnica e pela ciência nas práticas de saúde, em quaisquer de suas aplicações e escalas, é que as fará ser designadas... como ‘cuidado’.” (p.110) ⁴¹

Ayres resume de forma bastante objetiva o que deveria ser o trabalho do profissional de saúde:

“Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado.” (p.64) ⁴¹

3.5 Formação Médica

O modelo de universidade do estado foi estabelecido na Itália, no século XIII. Os graus eram os de bacharel, licenciado e doutor, adquiridos através de provas públicas. Os estudantes, para receberem tais títulos deveriam ter cumprido três anos de estudo e se submeter a um exame por ano. ³³

Nesta época podiam-se diferenciar três categorias profissionais hierarquizadas: o médico, o cirurgião e o barbeiro ou cirurgião-barbeiro. ³³

A prática da medicina e a formação dos médicos foram regulamentadas, na França, no século XVIII pelos decretos de Marly. ¹ O artigo 26 do decreto de Marly dizia que

“ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente, se não obtiver o grau de licenciado.” (p.48) ¹

No final do século, apesar dessas medidas, os charlatães continuaram florescendo, e a forma como estava estruturado o ensino não mais atendia as necessidades da época. Começaram a surgir então, duas reivindicações: que houvesse uma limitação mais estrita do direito de exercer, e que houvesse uma organização mais rigorosa do curso universitário. Ou seja, passou a existir uma tensão entre *“as exigências de uma reorganização do saber, da abolição dos privilégios e de uma vigilância eficaz da saúde da nação.”* (p.49) ¹

Surgiam alguns projetos de reorganização das escolas médicas, nos quais seria incluído no currículo o estudo da matemática, geometria, física e química. Além de especial importância dada ao ensino prático. Uma das propostas dizia respeito a uma diversificação dos cenários de aprendizagem (onde estavam incluídos os hospitais e o meio rural) após terem aprendido o essencial. Ou seja, a formação prática era claramente dissociada do ensino teórico e universitário. No ensino teórico prevalecia uma medicina semelhante à teoria das espécies, enquanto o ensino prático era definido a partir da medicina do grupo social. O controle do ensino teórico era realizado pelo Estado, enquanto o conhecimento prático era de responsabilidade, quase que inteiramente, da iniciativa privada. ¹

Assim como as ciências e as artes, a medicina fazia parte de um conjunto de conhecimentos considerados indispensáveis ao cidadão. Nessa época foram criadas Escolas de Saúde, e instituída a presença de um oficial de saúde nos hospitais lecionando. Esses instrutores eram pagos pelo Estado e eleitos por júris escolhidos pelos *“administradores do distrito reunidos com os cidadãos”* (p.54) ¹.

Entretanto, dificuldades foram surgindo para fixar as formas do ensino da medicina, uma vez que se constatava que não era possível *“restituir pela palavra o que se sabia ser apenas dado ao olhar. O Visível não era Dizível, nem Ensinável”*. (p.55) ¹ Esse fato foi atribuído às modificações ocorridas nas teorias médicas durante meio século, apesar do tipo de objeto a que se dirigia a medicina ser o mesmo. Com isso os conceitos eram formados segundo as mesmas regras. *“Toda a reorganização pedagógica e técnica da medicina fracassava por causa de uma lacuna central: a ausência de um modelo novo, coerente e unitário para a formação dos objetos, das percepções e dos conceitos médicos.”* (p.56) ¹

A primeira fonte de conhecimento médico sempre foi o próprio leito do doente. Este princípio do saber médico era uma norma constante. Segundo Foucault, a clínica era o local

onde existia uma acumulação positiva de conhecimento, pois existia um olhar constante sobre o doente.¹

Uma vez incorporado os determinantes sociais da saúde ao próprio conceito de saúde, o melhor local para a acumulação do conhecimento sobre o sujeito do cuidado (que não necessariamente é um doente), passa a ser a própria comunidade que este sujeito está inserido. Ou seja, as USF são espaços privilegiados para a observação dos determinantes sociais e sua influência na saúde das pessoas da comunidade.

Por volta de 1770 houve um movimento que pretendeu organizar uma pequena casa de saúde para atender doenças agudas, onde os médicos que ali atendessem ensinariam a prática. Este projeto, porém não foi adiante, pois os médicos em geral e a faculdade desejavam manter o ensino prático na cidade, de forma individual e onerosa, oferecidos pelos mais ilustres consultores, através de sua clínica. O ensino clínico se organizou então, inicialmente, nos hospitais militares, uma vez que era amplamente conhecida a necessidade de um ensino por meio da prática.¹

O médico de hospital deveria, segundo Foucault, descobrir a doença no doente, pois a mesma estaria escondida como se fora uma escrita cifrada. Já na clínica, o que importava eram as doenças que estavam escondidas num corpo cujo portador não é levado em conta. Neste caso, as diferentes doenças serviam como um texto que deveria ser lido através do doente, que servia apenas como um intermediário para que esse texto pudesse ser lido. Muitas vezes os doentes eram considerados fatores complicantes para e confundidores do texto. *“No hospital o doente é sujeito de sua doença, (...) na clínica (...) o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou”* (p.64)¹. Ou seja, a clínica apagou o sujeito. *“A clínica é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente”* (p.64)¹. Neste sentido, a clínica estabelece uma direção que vai do saber constituído (dado pelo professor) para a ignorância (representada pelos alunos). É uma experiência anterior cujo resultado é transmitido a outros. *“O professor indica a seus alunos a ordem em que os objetos devem ser observados para serem mais bem vistos e gravados na memória; ele lhes abrevia o trabalho; os faz aproveitar sua experiência”* (p.65)¹. Visto sob outro ângulo, tira dos alunos a oportunidade de vivenciar o encontro com o doente e observar a manifestação da doença nos diferentes seres adoentados. É suprimida a oportunidade da descoberta e do encontro. O aluno apenas se adapta ao que é transmitido pelo professor, não é capaz de constatar, permitindo-o intervir na realidade, e com isso adquirir novos saberes, pois apenas

o olhar do professor é valorizado. Neste sentido, a clínica “*conduz e organiza uma determinada forma do discurso médico; não inventa um novo conjunto de discursos e de práticas*” (p.67) ¹, o que fez com que ela não tivesse desempenhado um papel específico no movimento do conhecimento científico. A aprendizagem da prática, pela clínica, foi de uma forma mais resumida do que analisada.

O ensino no meio hospitalar foi considerado uma solução para os problemas da formação médica. No final do século XVIII e início do século XIX, algumas cidades da França decidiram estabelecer um controle sobre os que desejam exercer a medicina. Foram então, criadas comissões para julgar os títulos, o saber e a experiência dos recém-formados. Uma vez aprovados, recebiam um diploma atestando que o estudante tornou-se médico. ¹

Esse movimento, que trouxe o retorno à clínica, representou uma primeira organização de um campo médico em que a “*experiência hospitalar em sua prática cotidiana nele encontra a forma geral de uma pedagogia*” (p.73) ¹. Essa nova forma de abordar a clínica diferenciou-se da clínica do século XVIII, pois “*não se trata do posterior encontro entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar; trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma*” (p.73) ¹.

Neste sentido, o hospital era considerado uma escola representada pela série de doentes a serem examinados, o que permitiu uma “*comunicação imediata do ensino com o campo concreto da experiência*” (p.74) ¹. A partir dessa forma de pensar, Foucault afirma que,

“O que garante à medicina, assim entendida, ser um saber útil a todos os cidadãos é a sua relação imediata com a natureza: em vez de ser, como a antiga faculdade, o lugar de um saber esotérico e livresco, a nova escola será o ‘Templo da natureza’; nela não se aprenderá absolutamente o que acreditavam saber os mestres de outrora, mas esta forma de verdade aberta a todos, que manifesta o exercício cotidiano: ‘a prática, a manipulação se unirão aos preceitos teóricos. Os alunos serão exercitados nas experiências químicas, nas disseções anatômicas, nas operações cirúrgicas, nos aparelhos. Ler pouco, ver muito e fazer muito’, se exercitar na própria prática, ao leito dos doentes: eis o que ensinará, em vez das vãs fisiologias, a verdadeira ‘arte de curar’.” (p.76) ¹

Naquela época, diversos aspectos eram considerados importantes para a formação de um profissional médico além do aspecto técnico, tais como: boa conduta, bons costumes, amor à república e ódio aos tiranos, uma cultura e conhecimentos gerais, uma vez que a dita ‘*arte de curar*’ não se baseava apenas na aplicação de técnicas e conhecimentos era, antes de tudo, como o próprio nome diz, considerada uma *arte*. Os alunos que preenchessem esses requisitos eram enviados à Escola Central de Medicina. Nesta Escola, o estudante

passava por três anos de ensino. No primeiro ano aprendiam anatomia, fisiologia, química médica, matéria médica, botânica e física, além de freqüentar os hospitais “*para adquirir o hábito de ver os doentes e a maneira geral de tratá-los*” (p.77) ¹. Desde essa época já se considerava importante o contato direto dos alunos com os pacientes já no início de sua formação. No segundo ano as aulas eram de anatomia, fisiologia, química, farmácia, medicina operatória, matéria médica e patologia interna e externa. Nesse período os estudantes poderiam prestar serviços aos doentes dos hospitais. E, finalmente, no último ano, eram iniciadas as clínicas propriamente ditas. A clínica era composta de duas partes: a primeira ocorria à beira do leito, onde o professor colhia a história e examinava o doente, fazendo com que os alunos observassem os “*signos diagnósticos e os sintomas importantes da doença*” (p.77) ¹. Numa segunda parte, longe do leito do doente, retomava-se a história geral das doenças vistas durante a visita hospitalar, e o professor indicava as causas conhecidas, prováveis e ocultas, fazia um prognóstico e dava as “*indicações vitais, curativas ou paliativas*” (p.77) ¹.

Essa reforma no ensino permitiu reequilibrar a medicina em torno da clínica, correlacionando a um ensino teórico ampliado. Ou seja, a experiência prática, a partir do doente (que caracteriza um saber particular) é ligada a um sistema geral de conhecimentos. Toda essa ampliação trouxe alguns problemas práticos: a solidariedade humana foi confrontada com as condições materiais da existência, evidenciando a possibilidade do homem permanecer livre de males durante muito tempo, e aproximou a ‘*arte de curar*’ e a ordem civil.

“A medicina clínica não é, portanto, uma medicina fechada no primeiro grau do empirismo e que procura reduzir todos os seus conhecimentos, toda a sua pedagogia, por um ceticismo metódico, à constatação única do visível. Nesse primeiro momento, a medicina só se define como clínica ao se definir como saber múltiplo da natureza e conhecimento do homem em sociedade.” (p.78) ¹

Essa reforma pretendeu fazer desaparecer os empíricos e outros médicos improvisados, porém isto não ocorreu. Nos hospitais era possível observar muitos doentes, porém poucas doenças. A formação clínica não teve o sucesso esperado devido ao excesso de estudantes e de doentes, acarretando pouca discussão ao final da visita aos leitos. Continuava o debate sobre o controle e limites dos profissionais médicos. A questão principal era definir se o mais importante era reorganizar o ensino para depois estabelecer as condições de exercício da medicina, ou primeiro depurar o corpo médico, definir as normas da prática e, só então, determinar os estudos indispensáveis. Pois não bastava que o

aluno fosse capaz de ouvir e ler, era necessário que ele pudesse ver, tocar e, sobretudo, se exercitar no fazer e, com isso, adquirir o hábito.

“Nenhuma reforma do ensino será possível enquanto não for resolvido o problema a que ela serve de anteparo: o do exercício da medicina (...) Ninguém poderá exercer a arte de curar se não tiver um título das novas escolas, ou das antigas faculdades (...) Todas essas discussões ao menos permitiram trazer à luz o que estava realmente em questão: não o número ou o programa das Escolas de Saúde, mas o próprio sentido da profissão médica e o caráter privilegiado da experiência que a define.” (p.85) ¹

Cabanis elaborou um texto cujo conteúdo dizia respeito à profissão médica. Indicava, em linhas gerais, o estatuto de profissão liberal e protegida da medicina, que se fez presente até o século XX. Posteriormente foi previsto uma hierarquia do corpo médico, onde existiriam dois níveis: os doutores em medicina e cirurgia e os oficiais de saúde. Os oficiais de saúde deveriam estudar três anos nas escolas ou atestarem cinco anos de prática nos hospitais, ou seis anos como aluno e ajudante privado de um doutor, e seriam examinados por um júri de departamento. Quem desejasse se tornar doutor, depois de quatro exames (anatomia e fisiologia; patologia e nosografia; matéria médica; higiene e medicina legal) deveria fazer uma prova de clínica interna ou externa, a fim de se tornarem médicos ou cirurgiões. Quem não se enquadrasse nessas duas categorias e praticasse a medicina, receberia penas que variavam de multa à prisão. ¹

Cabia aos oficiais da saúde cuidar do “*povo industrial e ativo*” (p.88) ¹, pois essa camada da população necessitaria de cuidados mais simples. Para esses cuidados, bastaria a experiência dos oficiais da saúde, não era necessário um profissional mais sábio e que possuísse um conhecimento maior da teoria. Nessa época (século XVIII) acreditava-se que as pessoas do povo e do campo, por terem uma vida mais simples, com mais moral e mais sã, eram mais acometidas por doenças externas e que, por isso, necessitariam mais de cirurgiões. Surge uma distinção social. ¹

A distinção em que se baseavam os que praticavam a arte de curar estava em sua formação. Para o oficial da saúde, o essencial eram os anos de prática. O médico, por sua vez, completava seu ensino teórico com uma experiência clínica. Essa era considerada a parte mais nova da legislação. A prática que se exigia do oficial da saúde era que ele soubesse fazer depois de ter visto. “*A experiência é integrada no nível da percepção, da memória e da repetição, isto é, no nível do exemplo*” (p. 89) ¹. Na clínica a diferença é mais complexa e mais sutil, onde “*a integração da experiência se faz em um olhar que é, ao mesmo tempo, saber*” (p.89) ¹.

No hospital o médico, segundo Foucault, passava por uma experiência moral decisiva, pois lá ele encontrava juntas a miséria e a doença. Lá era possível experimentar emoções dolorosas, compaixão e o ardente desejo de levar alívio e consolo, surgindo o prazer íntimo do sucesso que aumentava ao ver a felicidade espalhada. “*É aí que ele [o médico] aprenderá a ser religioso, humano, compassivo*” (p.92) ¹. Levando-se em conta a determinação social da saúde, é no seio das comunidades que o estudante de medicina poderá, atualmente, vivenciar tal experiência.

A partir do momento em que o sofrimento das pessoas que procuravam auxílio nos hospitais passou a ser fonte de aprendizado, o hospital passou a ser rentável para a iniciativa privada. Nesta época, o hospital era destinado a pessoas que não tivessem famílias ou cujas famílias não tinham condições de cuidar de seus doentes. Essa classe “*moralmente desarmada, e socialmente tão perigosa, poderá servir para maior utilidade das famílias honradas*” (p.93) ¹.

Foucault diz, baseando-se em Cabanis, que tudo ou quase tudo em medicina está relacionado à sensibilidade do artista, e não nos princípios da arte. ¹ Será que é justamente essa sensibilidade que deve ser despertada nos estudantes, e não simplesmente uma educação voltada para o aprendizado dos princípios da arte da medicina como tem sido feita?

A história do Ensino Médico no Brasil começa em 1808, com a chegada da família real portuguesa na Bahia. Nesta época foi criado o primeiro curso Médico-Cirúrgico. No ano seguinte, D. João VI instala a Escola de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. Ambas, em 1813 tornaram-se as primeiras Academias Médico-Cirúrgicas que foram transformadas, em 1832, em Faculdades de Medicina, cujas regras e programas adotados foram provenientes da Escola Médica de Paris. ³⁵

Até o ano de 1922, as 12 Escolas de Medicina existentes no Brasil eram públicas e funcionavam como faculdades isoladas, não havendo uma articulação entre elas. Estas faculdades formavam as elites das classes dominantes da época. O ano de 1922 foi marcado pela criação da primeira universidade pública brasileira. ³⁵

Profundas transformações ocorreram no país após a revolução de 1930, incluindo transformações na estrutura educacional. Foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que estabeleceram normas nacionais únicas para todo o ensino superior. ³⁵

O traço característico da formação médica até a Proclamação da República é a de uma formação pouco voltada para a pesquisa científica. O aprendizado se baseava em uma transmissão de técnicas do professor para o aluno.³⁵

A década de 50 é considerada a segunda fase da escola médica no Brasil. Nessa época ocorre uma intensificação da produção do setor industrial trazendo, como uma das conseqüências a necessidade de desenvolvimento de um sistema científico e tecnológico nacional.³⁵

Nessa década as escolas médicas brasileiras incorporaram as propostas do Relatório Flexner e existia uma preocupação com a racionalidade didático-pedagógica, difundida por organismos internacionais para a América Latina.³⁵

O Relatório Flexner, elaborado em 1910 pela Fundação Carnegie, desempenhou um importante papel de reorientação do ensino médico numa época em que este era exercido de forma precária e sem critérios para a criação de novas escolas. Não havia critérios de seleção para o ingresso nas escolas, critérios em relação ao tempo de duração dos cursos, ou sobre a relação entre a formação científica e trabalho clínico, além de ser desprovido de equipamentos e laboratórios. Esta nova forma de ordenar o ensino médico era caracterizada pela predominância de aulas teóricas, com enfoque sobre a doença e o ensino fragmentado em disciplinas. O processo de ensino-aprendizagem era centrado no professor e realizado através de aulas expositivas. Tinha, no hospital, seu local de prática predominante, e a capacitação docente era centrada apenas na competência técnico-científica.⁴⁹

Por volta dos anos 60 deu-se início ao movimento preventivista, que incorporava à prática médica uma nova atitude.³⁵

Em 1962 foi criado o Conselho Federal de Educação, e foram homologados currículos mínimos para os diversos cursos oferecidos pela Universidade Brasileira.³⁵ Esses currículos sofreram uma reformulação em 1968 durante a Reforma Universitária. Dentre as modificações que ocorreram destaca-se o desdobramento de disciplinas em ciclos básico e profissional, fragmentando a produção do conhecimento, uma vez que a pesquisa estava mais consolidada nas áreas básicas. Essa fragmentação ocorreu de forma física, ou seja, foram criadas novas unidades de ensino, e *“ao nível do ensino, pois o ciclo básico só ministrava a parte científica do curso e se responsabilizava pela formação de pesquisadores, enquanto que, as disciplinas clínicas ou profissionais, só eram desenvolvidas nos departamentos profissionais”* (p.61)³⁵.

Dessa forma a prática da medicina transferiu-se para o hospital e houve uma “ênfase no desenvolvimento da tecnologia e da competência científica, em detrimento do contato com o paciente, o qual, progressivamente, vem se despersonalizando” (p.100) ³⁵. Essa interdependência da assistência médica com tecnologia complexa propiciou uma especialização cada vez maior, fazendo com que o médico especialista deixasse de lado o cuidado integral do paciente e focalizasse seus esforços em partes específicas do corpo.

Merhy nos mostra que o trabalho em saúde é baseado em três tipos de tecnologias: as duras, relacionadas a aparelhos e instrumentos; as leve-duras, relacionadas à clínica e epidemiologia; e as leves, implicadas na relação entre o cuidador e o sujeito do cuidado no ato em que é processado o cuidar. O profissional médico, mesmo sendo um especialista, não pode abrir mão da tecnologia das relações, ou leves. ⁵⁰

No início dos anos 70, uma nova proposta surge: a Medicina Comunitária, cuja origem se localiza no continente norte-americano e misturava-se aos movimentos pelos direitos civis. No Brasil, devido ao crescente número de escolas médicas, havia a necessidade de serem criados novos locais de prática. ³⁵

No final desta década surge, um movimento que teve sua origem nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos, considerado fragmentário e reducionista, pois não levava em conta as dimensões psicológicas e sociais, apenas as biológicas. Essa foi uma nova tentativa de reorientação do ensino médico brasileiro, onde se buscava a formação de médico generalista ou de família. Tal movimento ficou conhecido como medicina integral. ^{35, 51}

Esse movimento levou a proposição de uma reforma curricular em que as escolas médicas fossem capazes de formar profissionais que atendessem as necessidades de seus pacientes de forma mais integral. Dois eixos básicos se formaram: um que introduziu conhecimentos sobre adoecimento, relação médico paciente, sobre a sociedade e os contextos culturais, além de integrar esses conhecimentos com a prática médica; e outro que enfatizou a importância no ensino em ambulatorios e nas comunidades, lugares em que os alunos poderiam apreender, mais facilmente o contexto de vida dos pacientes. ⁵¹

O movimento da medicina integral se juntou com a medicina preventiva. Nos anos 70 e 80 algumas escolas médicas propuseram reformas em seus currículos que incluíam experiências em internatos rurais. ^{35, 51}

Para alguns autores a fragmentação e o reducionismo estavam relacionados à racionalidade e a cientificidade médica moderna. Portanto, para se ter uma postura integral

seria necessário superar essa racionalidade que é reproduzida nas escolas médicas. Foucault foi um dos críticos dessa medicina anátomo-patológica.⁵¹

A integralidade é uma atitude que deve ser desenvolvida tanto nas escolas médicas quanto na organização dos processos de trabalho em saúde. O médico deve reconhecer que seu paciente é mais do que um sistema biológico, e que no momento em que este vem buscar algum atendimento, a integralidade deve ser um valor sustentado e defendido em sua prática. Ou seja, o objetivo do médico não pode estar restrito a utilização dos recursos tecnológicos para “*silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção*” (p.52)⁵¹.

Em nossa cultura a biomedicina está estruturada para se ocupar dos sofrimentos causados pela doença. No entanto, muitas técnicas foram desenvolvidas a fim de se antecipar o sofrimento, são os chamados diagnósticos precoces. Estes não demandam do sofrimento individualizado. Neste sentido, a utilização de tais procedimentos deve ser feita com muita prudência, caso contrário, estamos correndo o risco de fazer da medicina preventiva uma justificativa para regular a vida social, impondo comportamentos e hábitos com o objetivo de se ter uma vida mais saudável.⁵¹

Ligada ao ideal da medicina integral, a integralidade, exige que o conhecimento da doença seja feito de forma prudente, tendo como referencial as necessidades dos sujeitos que estão sendo tratados. Ou seja, o médico deve ter uma atitude de reconhecimento das demandas que estão além das explicitamente colocadas pelo paciente.⁵¹

A integralidade na prática do encontro entre o usuário e o profissional de saúde é de responsabilidade quase que exclusivamente do profissional. Essas práticas, porém, podem ser facilitadas ou dificultadas pela configuração social. Nesse sentido, a organização do trabalho em saúde deve ter a preocupação com o discernimento, de forma abrangente, das necessidades dos usuários, aproveitando as oportunidades para a aplicação de técnicas de prevenção, não se reduzindo a prevenção e ao controle das doenças. “*A integralidade assim concebida é um valor que merece ser defendido em relação a todas as práticas de saúde*” (p.56)⁵¹. É também uma forma de otimizar o impacto epidemiológico através da organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, onde estes serviços devem estar continuamente buscando apreender as necessidades de saúde de sua população alvo, e assim reorganizando o serviço a partir da assimilação das novas necessidades não contempladas na organização anterior.⁵¹

Neste sentido, a integralidade, propõe uma abertura ao diálogo, em contraposição ao reducionismo. A prática do médico deve estar pautada neste princípio, recusando-se a reduzir o paciente a uma lesão que lhe causa sofrimento ou a um corpo com possíveis lesões silenciosas, ou ainda a um conjunto de situações de risco.⁵¹

A partir da instituição do SUS, na década de 90, o ensino médico passa a ter um novo significado, uma vez que a própria prática médica passou a incorporar outras dimensões além da curativa. A formação médica deve se voltar para o papel que o profissional médico desempenha na sociedade, levando-se em conta a cultura, a organização social e as relações de poder.³⁵

As tecnologias e procedimentos médicos complexos e sofisticados divulgados entre os estudantes de medicina e à população em geral, através dos meios de comunicação, desprestigiam a formação generalista.³⁵ Essa tecnociência contemporânea, segundo Rabello, “*parece ter mais a fazer com o crescimento econômico do que com a verdade*” (p.45).⁴²

Para Rabello, uma vez eliminada a hierarquia entre medicina e ciência e demais hierarquias características das atuais práticas da medicina, haveria uma mudança que promoveria uma tomada de decisão mais democrática, uma vez que “*permitiria uma maior integração entre a filosofia médica, a ética médica e as ciências sociais médicas e provavelmente melhoraria os serviços públicos de saúde no treinamento de médicos e cientistas*” (p.45)⁴².

Neste ano de 2011, em que o Ensino Médico no Brasil completa 203 anos, podemos afirmar que muito se avançou, porém, como o processo educacional é dinâmico e permanente, muitas outras mudanças tornam-se necessárias. Neste momento devemos nos questionar se o ensino médico praticado nos dias de hoje, em nosso país, está voltado para as necessidades de saúde do povo brasileiro ou está baseado em dados e fundamentações provenientes de outros países, em que a realidade sócio-econômica é completamente diferente da nossa. Em outras palavras, estamos importando modelos e tecnologias de que não nos são imprescindíveis neste momento ou estamos, de fato, praticando uma medicina centrada no paciente?

O ensino médico, no Brasil, necessita rever sua missão e razão de ser, uma vez que o próprio SUS aponta para a necessidade de formar profissionais voltados para as necessidades em saúde da sociedade brasileira. Neste sentido, a inserção dos estudantes em cenários que os permitam vivenciarem tal realidade é de fundamental importância, a fim de

que possam ser colocados em prática os valores da democracia, da cidadania e do multiculturalismo, tão reivindicados pelo movimento de promoção da saúde.

Uma IES do Estado do Rio de Janeiro vem propondo aos alunos do primeiro ano de medicina atividades práticas, desenvolvidas pelos próprios alunos em unidades de saúde da família, como uma proposta de superar o modelo predominante de intervenções que buscam evitar um sofrimento futuro, congregando a comunidade e proporcionando momentos de lazer, troca de experiências e um espaço de convivência onde as pessoas da comunidade que queiram participar venham desfrutar suas tardes. Para o planejamento das intervenções são levados em conta não apenas a dimensão biológica do adoecimento, mas também a social e a psicológica, buscando estabelecer uma relação com o outro sem transformá-lo em objeto.⁵¹

Santana ressalta que

“o dilema com que se defronta hoje a educação médica brasileira é o reflexo da contraposição entre a alternativa de manutenção da organização de serviços, cuja oferta responde, centralmente, a demanda dos segmentos sociais hegemônicos e a proposta de organização desses serviços a níveis jurídico-institucionais. Além do estabelecimento de novos vínculos entre a escola e os serviços de saúde, como as modificações de clientela, de relações de produção de serviços e de padrões de consumo, fazem com que pareçam antagônicos o processo de formação de especialistas e o de generalistas. É como se não fizessem parte integrante de um único sistema.” (p.11)⁵²

A ideologia que deveria predominar na formação médica é a do cuidado, e não a do profissional liberal num mundo capitalista. As escolas médicas deveriam aproximar, cada vez mais, o teórico do empírico, pois a realidade acadêmica nem sempre é a encontrada na prática diária, e se torna necessário à formação de profissionais capazes de lidar com as necessidades em saúde de nossa população. Para que seja possível atender a demanda de saúde da população, o ensino deve ser baseado em tecnologias leves e leve-duras, como nos mostra Merhy, e não apenas em tecnologias duras.³ Nesse sentido há que se levar em conta as complexas relações inter-pessoais e as relações do homem com o meio ambiente, ou seja, do ser social.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina, instituídas em novembro de 2001, propõem uma formação médica voltada tanto para o domínio de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva, uma vez que a formação do profissional está vinculada à qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários.

Para que as mudanças curriculares, tão necessárias para o adequado atendimento às demandas de saúde de nossa população, efetivamente aconteçam, é preciso que as escolas médicas não se fixem apenas na parte técnica, mas que sejam capazes de proporcionar aos alunos cenários que os permitam interagir com os sujeitos do cuidado, compartilhando saberes e construindo projetos de felicidade, a fim de que consigam desenvolver a ‘arte’ própria da profissão.

Czeresnia (2009) cita Nietzsche quando fala da dimensão do termo saúde, remetendo-nos ao perfil do profissional de saúde necessário para dar conta da amplitude do processo saúde-doença:

“Ainda estou à espera de um médico filosófico, no sentido excepcional da palavra – um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar -, terá uma vez o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo o filosofar até agora nunca se tratou de ‘verdade’, mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida”. (p.47) ⁵³

4. PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA

4.1 Saúde

Como já foi discutido anteriormente, saúde tem sua conceituação definida histórica e socialmente. Durante a antiguidade e a Idade Média estava associada ao pensamento mágico-religioso, a partir do final do século XVIII e início do século XIX, a saúde passou a estar associada à ausência de doenças. O modelo biomédico então estruturado reduziu o processo saúde-doença à dimensão anátomo-fisiológica, excluindo, dessa forma a cultura, a política, e a economia. Ou seja, as dimensões histórico-sociais não eram implicadas. Este conceito se manteve hegemônico até o século XX, quando diversos questionamentos em relação a ele foram sendo feitos. A sociedade, ao longo do tempo, mudou sua forma de organização e distribuição de suas riquezas, com isso a relação direta de causa-efeito para a explicação das doenças passou a não conseguir mais explicar a incidência e prevalência de determinadas doenças. Os problemas de saúde tornaram-se mais complexos, requerendo a utilização de múltiplos saberes e práticas para seu enfrentamento.

Luz afirma que,

“A mudança econômica acelerada vem ocasionando acentuada desagregação de valores culturais, atingindo relações sociais e setores da vida social considerados estáveis até recentemente. A subversão de valores relativos a geração, gêneros, sexualidade, formas de socialização baseadas na educação e no trabalho, além da ética das relações interpessoais, profissionais e políticas, tem gerado perturbações e agravos à saúde física e mental em parcela crescente de indivíduos na sociedade atual. Um grande mal-estar psicossocial está em curso, produzindo sintomas e síndromes indefinidos, muitas vezes não identificáveis pela medicina, responsáveis pela perda de milhões de horas de trabalho no mundo.” (p.30) ⁴⁰

Para Buss e Pellegrini “saúde [no Brasil] é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade” (p. 88) ¹⁴.

Para Luz,

“Estar saudável é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros. Deste ponto de vista, ter saúde é poder romper com o isolamento provocado pelas situações a que a sociedade contemporânea relega uma parte importante de seus componentes, devido à idade, à doença, ao desemprego, à pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social.” (p.37) ⁴⁰

Na década de 70 a América Latina vinha se contrapondo às idéias de que a melhoria nas condições de saúde aconteceria a partir do crescimento econômico, conhecido como Saúde Pública desenvolvimentista. Deste movimento surgiu, a Saúde Coletiva ou Medicina

Social, cujo objetivo era o de repensar a influência das questões sociais na saúde da população.³⁵

Hoje, passados 40 anos, percebe-se que “*não basta o estudo da saúde coletiva sob o enfoque dos processos econômicos, sociais e políticos*” (p.127)³⁵. Faz-se necessário um conhecimento aprofundado da inter-relação entre os processos biológicos e sociais.

Na década de 80, a OMS realizou a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa, produto final desta Conferência, foi considerada um marco para o atual conceito de promoção da saúde em todo o mundo. Nesta Conferência, o conceito de saúde foi vinculado à qualidade de vida resultante de diversos fatores como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. Ou seja, a promoção da saúde proporcionou uma maior sensibilidade para os aspectos socioculturais do processo saúde-doença.⁴

A partir do momento em que os problemas sócio-econômicos foram incorporados ao modelo tradicional de saúde, ampliou-se o conceito do processo saúde-doença e de seus determinantes. Segundo Buss (2000),

“a nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente a ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido”.(p. 174)⁴

Portanto, não basta apenas se antecipar a algum evento patológico, é necessário mais do que isso. É preciso promover uma vida saudável. O modelo de promoção da saúde é, portanto, baseado nesse conceito ampliado.⁴

Leavell & Clarck *apud* Czeresnia, (2009) já enfatizavam que, as medidas de promoção da saúde “*não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais*”. (p.49)⁵³

A ampliação do conceito de saúde para uma visão positiva trouxe, à ciência, o desafio de reconhecer que os valores individuais devem ser levados em conta, e não mais apenas a dimensão biologicista. A vida, segundo Czeresnia (2004), “*é a capacidade de preservar a individualidade, estando em relação*”. (p.452)⁵⁴ Portanto, “*promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento científico verdadeiro, mas do valor*”. (p.53)⁵³ Logo, a prática da promoção da saúde vai além de uma aplicação técnica e normativa. Deve, necessariamente, passar pelo estímulo à autonomia, e será sempre fruto de interlocução e pactuação entre atores sociais.⁵³

Uma vez que a promoção da saúde utiliza o conceito ampliado de saúde e este, por sua vez, está relacionado a valores pessoais, toda prática voltada à promoção da saúde deve

levar em consideração a definição do que é ‘boa saúde’. Segundo Czeresnia (2009), “os desafios que se apresentam, (...), não se resolvem ‘apenas’ com a aplicação de novos modelos, da mesma maneira que a questão da educação não se resolve ‘apenas’ com informação e capacitação técnica”. (p.55) ⁵³

Caponi cita Canguilhem ao dizer que o conceito de saúde considera e integra as variações e as anomalias, e atende as particularidades de cada um em relação a sua percepção do que é saúde e doença. Ou seja, a saúde deve ser pensada numa polaridade dinâmica que vincula o indivíduo ao meio, capaz de “*instituir novas formas em situações novas*” ⁵⁵ (p.69), uma vez que tanto a saúde quanto o adoecer “*são formas pelas quais a vida se manifesta.*” (p.46) ⁵³ Segundo Czeresnia, “*buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência*”. (p.52) ⁵³

A ampliação do referencial teórico da saúde e o campo de análise das relações entre saúde e condições de vida e trabalho, fez com que ela deixasse de ser considerada apenas como fenômeno biológico e recolocou-a como prática social. ³⁹

O Brasil adotou esse conceito ampliado, incluindo em sua Carta Magna de 88, que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, tendo como princípios, a universalidade, que visa o acesso de todos; a equidade, que visa uma pactuação de todos sobre as necessidades de cada um; e a integralidade, que segundo Ayres, talvez seja o mais difícil de ser colocado em prática, pois este princípio exige que se saiba exatamente o que fazer e de que forma fazer para garantir, de maneira universal, as necessidades de cada um. ⁵⁶

Este processo de reforma sanitária que o país vinha passando culminou com a instituição do SUS, em 1990. No entanto, em balanço realizado por ocasião dos vinte anos de sua instituição, pôde ser percebido que a operacionalização da reforma sanitária ficou reduzida a uma reforma administrativa da saúde, e que “*teve de se confrontar com outro projeto em disputa na sociedade, o projeto mercantilista, para o qual a saúde é uma mercadoria como outra qualquer, que pode ser comprada no mercado para a satisfação das demandas e necessidades individuais.*” (p.19) ³⁹

Viana e Elias (2007) resumem a saúde em três dimensões: como direito, levando a uma desmercantilização do acesso e a sistemas de proteção social; como bem econômico, levando a uma mercantilização da oferta, com assalariamento dos profissionais, formação de empresas médicas e intermediação financeira através dos planos de saúde; e finalmente, como espaço de acumulação de capital com a formação do complexo industrial da saúde e a

globalização e financeirização da riqueza. Neste sentido, a relação entre saúde e desenvolvimento, para estes autores, deve ser entendida como um processo que combine crescimento econômico, mudanças na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população.²⁰

Para que a população brasileira tenha o direito à saúde efetivado, tal qual preconizado pela Constituição Federal (CF) 88 e estabelecido pelo SUS, é necessário que haja uma “*política de promoção do desenvolvimento humano e social*” (p. 71)⁵⁷ que resulte em uma diminuição da desigualdade social.

4.2 A Doença e sua Determinação Social

Apesar da riqueza gerada por uma sociedade ser um elemento fundamental para possibilitar a melhoria das condições de vida e de saúde dela, não são as sociedades mais ricas as que têm melhores níveis de saúde, e sim as mais igualitárias. Dessa forma é possível identificar países com um PIB superior a outros, porém com indicadores de saúde piores em relação a eles.¹⁴

A saúde, portanto, está relacionada a outros fatores além do econômico, tais como: fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Esses fatores são os chamados determinantes sociais da saúde. Eles evidenciam as características específicas do contexto social que afetam a saúde e a maneira como essas condições irão impactar na saúde.¹⁴

Especificar a forma como esses determinantes sociais influenciam a saúde ainda é um grande desafio a ser enfrentado, uma vez que não existe uma relação direta de causa e efeito entre eles. Sabe-se que eles são os responsáveis pelas iniquidades de saúde.

As iniquidades em saúde, segundo Buss e Pellegrini, são as “*desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias*”. (p.80)¹⁴

Existem alguns estudos que abordam, de forma diferente, essa relação entre DSS e as iniquidades de saúde. Um deles entende que a diferença de renda influencia a saúde pela escassez de recursos. Outro se baseia em mecanismos “*psicobiológicos e situação de saúde*” (p.82)¹⁴, onde o estresse provocado pelas desigualdades sociais seria responsável

pelos prejuízos à saúde. Outros dois com enfoque ‘*ecossocial*’ e ‘*multinível*’, segundo Buss e Pellegrini, “*buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica*”. (p.82) ¹⁴

Há ainda outros estudos que enfocam o desgaste do ‘*capital social*’, entendido como “*as relações de solidariedade e confiança entre as pessoas e grupos*” (p.82) ¹⁴. O capital humano e as redes de apoio social são fundamentais para a promoção e proteção da saúde. Nos países onde as iniquidades de renda provocam laços frágeis de coesão social, o investimento nessas redes de apoio e no capital humano é muito pequeno. ¹⁴

Dahlgren e Whitehead propuseram um modelo de camadas que, segundo Buss e Pellegrini, evidencia o quanto é “*difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam*” (p.86) ¹⁴, pois os estilos de vida são fortemente influenciados pelos DSS. Portanto, não basta atuar apenas nos indivíduos, deve haver políticas mais abrangentes para que seja possível uma efetiva mudança nos estilos de vida. ¹⁴

Para que as iniquidades em saúde sejam combatidas, há que se intervir “*sobre os mecanismos de estratificação social*” (p.86) ¹⁴. Ou seja, devem-se promover políticas em relação ao mercado de trabalho, educação e seguridade social para que se diminuam as diferenças sociais, “*além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais para avaliar seu impacto e diminuir seus efeitos sobre a estratificação social.*” (p.87) ¹⁴

4.3 A Promoção da Saúde no Brasil e o Cuidado com a Vida

O SUS traz como política do estado brasileiro, a afirmação do direito à vida e à saúde através da melhoria da qualidade de vida. E, nesse sentido, promove um diálogo com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde, que,

“como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.” (p. 10) ⁵⁸

Neste sentido, em 2006 o MS propõe uma nova forma de abordar o processo saúde-doença, rompendo com a fragmentação existente e enfatizando a importância de cuidar da vida a fim de diminuir a vulnerabilidade ao adoecer, e institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNPS é uma proposta de

“uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.” (p.15) ⁵⁸

A partir do SUS e da PNPS, as necessidades sociais em saúde ganham destaque, obrigando-nos a repensar a “*organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.*” (p.117) ⁵⁹

Cecílio agrupa as necessidades em saúde em quatro conjuntos. No primeiro estariam incluídos os fatores ambientais que determinam o processo saúde-doença. Ou seja, as necessidades em saúde estão diretamente relacionadas com a maneira que se vive, com as “*boas condições de vida*” (p.118) ⁵⁹. O segundo grupo está relacionado ao acesso e consumo de toda a tecnologia necessária para melhorar e prolongar a vida – aqui estão incluídas as tecnologias leve, leve-dura e dura. Ele trabalha “*com a idéia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive.*” (p.119) ⁵⁹ O terceiro grupo está relacionado com o vínculo de cada usuário e uma equipe e/ou profissional num encontro de subjetividades. E, por fim, o último grupo

“diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A reconceitualização dessa necessidade é que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria a possibilidade de construção, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.” (p. 119) ⁵⁹

Ou seja, as necessidades em saúde, num determinado momento da vida de uma pessoa, estão relacionadas a esses grandes grupos. Cabe ao profissional de saúde e/ou equipe de saúde saber ouvir, entender e traduzir essas necessidades, que são sempre individuais e, por isso mesmo, demanda uma resposta individualizada desse profissional e/ou dessa equipe.

Cecílio afirma que em toda consulta médica deve-se ter uma escuta das necessidades que o paciente possui, e não apenas se restringir à demanda do mesmo. Ele afirma que mesmo um especialista deve ter uma noção da vida do paciente, incluindo a interpretação que ele dá a sua doença, sua autonomia e vínculo com o/os profissionais. ⁵⁹

A partir do momento em que o profissional incorpora o conceito de necessidade de saúde, diversas possibilidades de escuta se abrem. Neste sentido, Cecílio afirma que, para

que seja possível atender de forma integral uma pessoa em suas necessidades de saúde, deve-se destinar tempo para uma interação entre os serviços, profissionais e população, além de valorizar as experiências práticas da população.⁵⁹

As profissões em saúde, orientadas pelo modelo biomédico, ao se apoiarem nos meios diagnósticos a fim de evidenciar as lesões e doenças, se afastaram do “*sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde.*” (p.113)³⁹ No entanto, esses sujeitos desejam é “*se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades*” (p.113)³⁹, mais do que o diagnóstico.

A atenção em saúde, tomando por base as necessidades em saúde, deve ser construída numa perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, onde a interação e o protagonismo dos sujeitos envolvidos é que produzirá a intervenção sobre o processo saúde-doença.

Ayres afirma que o profissional da saúde deve ter o desejo de que o(s) sujeito(s) de sua ação se torne responsável pelo seu próprio caminho. Ou seja, o profissional deve empreender uma ação capaz de fazer com que as pessoas a que assistimos “*tornem-se sujeitos de sua própria saúde.*” (p.20)⁴¹ Essa ação, segundo Ayres, é uma proposta renovadora. O mesmo autor diz que o ser histórico, aquele capaz de introduzir ou melhorar “*coisas ou idéias para o progresso da vida humana*” (p.21)⁴¹ é o sujeito-agente da história. Nesse sentido, ele afirma que ainda estamos limitados em nossas práticas de saúde.⁴¹

Para este autor, “*Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeiramente saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.*” (p.103)⁴¹

Luz afirma que uma estratégia de ruptura com o isolamento imposto pelo individualismo a que a população está exposta é a busca contínua e constante do *cuidado*. A mesma autora ressalta a importância que o setor saúde possui em criar espaços para a sociabilidade, as relações de solidariedade, de cooperação e de apoio mútuo. Com esse movimento será possível vencer o isolamento, restabelecer a confiança no outro, ressurgir o otimismo e a esperança, trazendo como consequência a própria saúde ou, pelo menos, a melhora da mesma. Inicialmente esse movimento talvez fique restrito ao setor saúde, porém, aos poucos, o “*tecido social comunicativo*” (p.38)⁴⁰ vai se restaurando e essas atividades extrapolarão o âmbito das práticas de saúde.

Para Ayres,

“Cuidar é participar da construção, sempre socialmente compartilhada, dos projetos de felicidade que não cessam de criar e nascer de nossos encontros no mundo, produzindo a cada vez experiência que se apresente como obstáculo àquilo que queremos fazer de nossa vida (...) seja compreendida e transformada do modo que nos pareça mais justo, produtivo e belo.” (p.12) ⁵⁶

O cuidado, segundo Pinheiro (2009), é uma atividade humana cujo “*valor é percebido tanto por quem cuida como por quem é cuidado*”. (p.21) ⁶⁰ Segundo Ayres, o cuidado é o “*elemento hermenêutico que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua dos projetos humanos*.” (p.116) ⁴¹

Este autor nos ensina que,

“A aceitação desta dimensão verdadeiramente ‘formativa’ do encontro terapêutico, isto é, da citada natureza compreensiva e construtiva do diálogo mediado pela técnica e pela ciência nas práticas de saúde, em quaisquer de suas aplicações e escalas, é que as fará ser designadas (...) como ‘cuidado’.” (p.110) ⁴¹

Não há como falar em integralidade do cuidado sem levar em conta as intersubjetividades e as interações presentes entre os sujeitos do cuidado e os profissionais envolvidos. Essas interações e intersubjetividades estão presentes tanto na “*macroesfera da constituição do Estado*” (p. 14) ⁵⁶ quanto na “*microesfera do ato terapêutico*”. (p. 14) ⁵⁶ Ou seja, dependem tanto de políticas públicas quanto de ações concretas dos profissionais de saúde em seu processo de trabalho.

O cuidado é, portanto, uma prática fundamental para a promoção da saúde, ele é uma dimensão da integralidade que deve fazer parte das práticas de saúde. Nessas práticas estão inseridos o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos. Tais práticas, portanto, não podem ficar restritas apenas as competências e tarefas técnicas. ⁴¹

Essa relação intersubjetiva que se estabelece através do cuidado se desenvolve continuamente, abrindo “*espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro*” ⁴¹. Ou seja, está além do saber profissional e das tecnologias necessárias.

Para ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social é necessário um trabalho multidisciplinar, onde haja articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários, em que todos participem ativamente. Dessa forma as preocupações com o bem-estar dos indivíduos são, efetivamente, inseridas no âmbito da saúde, permitindo a esses indivíduos julgar quais são suas necessidades de saúde, “*situando-os como outros sujeitos e não como outros objetos*”. ⁴¹

Ayres enfatiza que para a construção do Cuidado é importante debruçar-se sobre os significados que o adoecimento tem para a sociedade “*em sua condição de obstáculos*

coletivamente postos a projetos de felicidade humana” (p. 102) ⁴¹, além da “*disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação*” (p. 102). ⁴¹ As transformações daí provenientes só se concretizarão se ocorrerem mudanças estruturais com base na intersectorialidade e interdisciplinaridade. ⁴¹

As disciplinas científicas da saúde estão tão especializadas que se colocam como limites quando se trata de organizar as ações nos moldes da promoção da saúde. É necessário, portanto superar “*a ‘dureza’ das ciências e suas transcrições técnicas em arranjos tecnológicos mais capazes de integrar o poder instrumental daquelas a um sentido mais rico e eqüitativamente interativo de construção da saúde.*” (p. 110) ⁴¹

Serão necessários, segundo Ayres, novos constructos científicos para avaliar a concepção de sucesso que não se baseie em tarefas técnicas apenas, mas que dialogue com interesses de “*natureza estética, emocional, moral, etc.*” (p.33) ⁴¹ Para ele esse é o caminho para a felicidade almejada das intervenções de saúde. O autor afirma ainda, que não se trata de abolir a ciência, mas sim de “*resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde.*” (p.34) ⁴¹

Para que o diálogo possa se enriquecer, há que se refletir sobre nossa linguagem, ou seja, é necessário reconstruir “*pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.*” (p.34) ⁴¹

Nesse sentido, ele afirma que é necessário enriquecer também as intervenções em saúde, levando-se em conta a abertura lingüística, a pluralidade de saberes e a normatividade de natureza não tecnicista, pois, “*curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções.*” (p.35) ⁴¹

A saúde coletiva deve ter como tarefa prática mais do que usar de competências e técnicas para tratar, curar ou controlar, ou seja, deve ser mais do que produzir ou manipular objetos, ela deve ter como objetivo o *cuidar*. ⁴¹

Ayres faz referência à alegoria do Cuidado, proposta por Heidegger, onde o *cuidar* está relacionado a querer, fazer projetos, moldar a argila. Para ele, “*querer é o atributo e o ato do ser. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser.*” (p.36) ⁴¹

Portanto, o cuidar da saúde de uma pessoa não pode ser limitado a construir um objeto e intervir sobre ele, há que se construir projetos sustentando, ao longo do tempo, “*certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma*

forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo.” (p.37) ⁴¹. Em outras palavras, é um projetar que traz consigo a própria responsabilização.

Foucault *apud* Ayres define o ser humano como “*o ser a quem foi confiado o cuidado de si*” (p.53) ⁴¹, que recebeu de Deus a faculdade da razão com essa finalidade. ⁴¹

O caminho apontado por Ayres nos mostra que é necessário que as práticas de saúde busquem, no cotidiano, o saber como fazer o giro proposto, no qual o foco muda do sujeito para as intersubjetividades, do controle técnico para o sucesso prático, e do tratar para o cuidar. Para tanto, devem ser abertos os horizontes e buscados sonhos. ⁴¹

A fim de que se consolide a renovação das práticas sanitárias, tomando como base o discurso da promoção da saúde, é necessário haver uma transformação radical no modo de pensar e fazer saúde. ⁴¹

A ação terapêutica baseada no cuidado pressupõe a “*interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.*” (p.42) ⁴¹

Zoboli afirma que é necessário integrar a ética do cuidado com a ética da justiça, e faz um paralelo entre essas duas visões éticas. Para a autora, a ética da justiça é baseada numa abordagem abstrata, com foco no universal, nos direitos individuais, no individualismo e independência, reforçando o papel da razão e da argumentação lógica, onde as ações são baseadas em julgamentos corretos, na ética de normas. Já a ética do cuidado tem uma abordagem contextual e engajada, com atenção no particular, contemplando a diversidade, a pluralidade e a diferença. É baseada em relacionamentos comunitários, numa conexão e interdependência. Nesse tipo de ética as emoções e a afetividade são incluídas, buscando-se a formação de um bom caráter a partir de disposições interiores, portanto predomina a ética da virtude, de atitudes e de responsabilidade. ⁶¹

Os seres humanos, segundo Ayres, possuem uma capacidade de antecipar e escolher previamente, além de negociar livremente, em seu contexto, entre diferentes possibilidades de modos de vida, tendo como referência a ética e a política. ⁴¹

Este mesmo autor nos ensina que quando fazemos da promoção da saúde nosso norte para avaliarmos as práticas de atenção à saúde, devemos rever aquilo *que se quer fazer* em tais práticas. Nesse sentido não podemos nos limitar a adotar como norma corrigir uma disfunção a fim de restabelecer um bem-estar, ou prevenir e controlar uma determinada ocorrência ou sua frequência em uma população. ⁴¹

Para a promoção da saúde é importante que se busque instruir práticas avaliativas que tenham uma direção formativa, onde não existe possibilidade de se estabelecer, previamente, um conjunto de critérios. Nesta perspectiva Ayres afirma que só é possível apontar, de modo não conclusivo,

“algumas possibilidades de inquirir as práticas de saúde a respeito de seus compromissos éticos e políticos com a construção dialógica da vida boa; de inquiri-las a respeito do lugar da saúde nos projetos de felicidade humana que se constroem cotidianamente com a participação (ou não) dos serviços de saúde”.(p.115) ⁴¹

As propostas trazidas a partir da promoção da saúde necessitam serem avaliadas de uma forma “*comprometida com a identificação e participação na construção de projeto de felicidade humana.*” (p.124) ⁴¹

Ayres afirma que,

“Neste sentido, para além e junto do monitorar do êxito técnico, instrumental, dos arranjos tecnológicos e gerenciais das práticas de saúde, é preciso que a avaliação elucide e favoreça as potencialidades das práticas de saúde para gerar processos criativos e solidários de melhoria da vida de indivíduos, comunidade e populações.” (p.124) ⁴¹

5. METODOLOGIA

5.1 O Método

A metodologia deve explicitar todos os procedimentos que irão produzir os dados e as explicações (métodos) que serão utilizados para o alcance dos objetivos, a forma como esses métodos serão operacionalizados (as técnicas) e, em especial, a capacidade e a criatividade do pesquisador em conectar o quadro teórico com os objetivos de seu estudo.⁶²

O método na esfera científica delimita o *modus* da obtenção do conhecimento. Por essa razão é importante que seja determinado quais os passos que serão dados e o caminho a ser percorrido para que alcancemos nosso objetivo.

A pesquisa feita pretendeu analisar as relações desenvolvidas entre os estudantes e a comunidade, buscando compreender a realidade num determinado período histórico.⁶² A preocupação foi com a qualidade das informações e não com a quantidade. Portanto trata-se de uma pesquisa social qualitativa, onde foi possível o entendimento dos significados que os estudantes dão às atividades do PCSS I, permitindo entrar nas dimensões da subjetividade e da individualidade.⁶³

Quanto ao tipo de pesquisa que realizamos, ela pode ser considerada uma pesquisa descritiva, pois visa fazer um levantamento das características do fato estudado.⁶⁴ Nesse estudo foram levadas em conta as características da atividade em questão após levantamento sistemático, buscando identificar e descrever os significados que os estudantes investigados dão às atividades do PCSS I, ou seja, foi possível compreender o que eles vivenciam em seu próprio ambiente.^{63, 64} Teve como objetivo analisar, sob a ótica dos estudantes, a mudança curricular proposta por uma IES para a formação de profissionais médicos. Esta instituição propõe uma nova abordagem do ensino de medicina, onde são utilizadas metodologias ativas de aprendizagem associadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde das comunidades em que os alunos estão inseridos.

Por seu caráter qualitativo permitiu estudar o objeto em profundidade e com detalhes, procurando objetivá-los sem que com isso traga generalizações.⁶²

Na pesquisa qualitativa são identificadas três etapas: a exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento do material documental e empírico.⁶²

A fase exploratória é a etapa na qual o projeto de pesquisa e todos os procedimentos para a entrada no campo são produzidos. Nesta etapa o objeto é definido e delimitado, os

instrumentos de operacionalização do trabalho são escolhidos e descritos, é feito o cronograma das atividades e são escolhidos o espaço e a amostra.⁶²

O objeto foi inicialmente escolhido por se tratar de experiência diferente das usualmente utilizadas no âmbito da formação de médicos. Integra metodologias ativas com aquelas dos processos educativos mais tradicionais. Buscou-se uma análise do trabalho realizado pelos estudantes do primeiro ano do Programa Curricular Saúde e Sociedade partindo-se de uma pesquisa bibliográfica para a delimitação do mesmo. Para tanto foram utilizados os seguintes descritores: educação médica, educação em saúde, história da medicina, promoção da saúde, recursos humanos em saúde.

A seguir foi formulada a pergunta norteadora e definidos os objetivos geral e específicos. As técnicas utilizadas estão voltadas tanto para a produção de dados primários, através da interação direta com os participantes; quanto para a busca de dados secundários, através da análise documental (tanto da saúde quanto da educação) internos e externos a IES em estudo, que perpassou todas as etapas do estudo.

Ainda na fase exploratória foram realizadas as escolhas da amostra qualitativa, do espaço onde seria realizado o trabalho de campo, e dos instrumentos a serem utilizados.⁶² A IES que foi estudada possui cinco equipes de saúde da família onde os estudantes de medicina desenvolvem suas atividades desde o primeiro até o quarto ano da faculdade. Estas equipes estão dispostas em quatro unidades, ou seja, duas das equipes funcionam no mesmo ambiente e, por vezes, desenvolvem atividades conjuntas com os alunos alocados nestas equipes, apesar de possuir um preceptor para cada.

O conceito de validade científica está relacionado ao estudo do processo de amostragem.⁶⁵ Na pesquisa qualitativa a amostragem não é definida a partir de uma representatividade numérica, e sim visando à compreensão em profundidade do objeto em estudo.⁶³ Na amostragem qualitativa é necessário definir os atributos essenciais presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes amostrais. Ou seja, na amostra deve estar presente uma homogeneidade fundamental.⁶⁵

Portanto, neste trabalho, optamos por selecionar participantes para a entrevista de apenas duas equipes, nas quais o processo de trabalho está mais consolidado, e foi utilizado como critério de exclusão a equipe na qual a pesquisadora é a preceptora. Dessa forma estivemos frente a um subgrupo representativo do contexto estudado.

Nosso objetivo foi captar o que caracteriza o grupo de estudantes do primeiro ano de medicina em relação às atividades desenvolvidas por eles durante as aulas práticas do

PCSS I. Para estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, foi adotado o critério de saturação. Critério este entendido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a ser redundantes e acrescentam pouco ao material já obtido, tornando-se irrelevante persistir na coleta de dados.⁶⁵ Logo, o ponto exato de saturação amostral foi determinado *a posteriori*, no decorrer da pesquisa de campo.

O roteiro elaborado para a entrevista (Anexo 1) possui uma parte referente aos dados de identificação e outra parte com perguntas semi-estruturadas, que permitem a investigação conforme os objetivos da pesquisa. Este instrumento permite uma interação entre o pesquisador e o entrevistado.⁶³

Foi utilizado também como instrumento metodológico o grupo focal com alunos que completaram a formação pretendida pelo PCSS, ou seja, que já passaram pelos quatro anos do Programa Curricular Saúde e Sociedade. O grupo focal contou com a participação de seis estudantes do sexto ano de graduação em medicina e teve uma duração de cinquenta e seis minutos. As entrevistas, por sua vez, foram realizadas com doze estudantes do segundo ano de graduação.

O objetivo desta técnica é fazer uma entrevista coletiva, através de uma discussão objetiva e mediada sobre as atividades desenvolvidas pelos alunos durante as aulas práticas do PCSS I em relação à sua formação acadêmica. Esta técnica se fundamenta na tendência que o ser humano possui de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.⁶⁶ Essas discussões foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. O roteiro do grupo focal (Anexo 2) pretendeu provocar um debate participativo e promover condições de aprofundamento entre os estudantes que vivenciaram as atividades práticas do PCSS desde o primeiro até o quarto ano da faculdade, e já tiveram outras experiências, inclusive dentro do ambiente hospitalar.⁶⁶

Outro instrumento que utilizado foi a observação participante, cujo objetivo foi complementar o grupo focal e as entrevistas. Nesta técnica o pesquisador se coloca como observador durante a realização do grupo focal. As observações feitas foram anotadas em um diário de campo, que serviu para registrar todas as informações informais referentes ao processo do grupo focal (Anexo 3) e das entrevistas (Anexo 4). Essa é uma modalidade de observação participante de Gold referida por Minayo.⁶⁷

Uma vez definidos todos os procedimentos necessários para preparar a entrada no campo, inicia-se a etapa seguinte. Nesta etapa, a do trabalho de campo, toda a construção

teórica é levada para a prática empírica.⁶² Este é um momento de interação entre o pesquisador e os interlocutores, onde as perguntas feitas pelo pesquisador, a partir da teoria, o remetem ao desconhecido. Segundo Minayo, o trabalho de campo é o “*contraponto dialético da teoria social*”. (pág 76)⁶² Nesta fase, freqüentemente, ocorre uma reformulação de hipóteses, uma vez que o trabalho de campo é um momento relacional.

A terceira etapa é a de análise e interpretação dos dados obtidos em campo. Neste momento as entrevistas semi-estruturadas, o grupo focal e a análise documental foram explorados, articulando esse material aos propósitos da pesquisa e a fundamentação teórica da pesquisadora. É pois, a etapa final do processo de investigação. Nesta etapa, o objetivo é explorar o conjunto de percepções e não contá-las.⁶²

Para esta etapa foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que tem por finalidade descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, ou seja, deve ir além das aparências daquilo que está sendo comunicado.^{62, 63}

Os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo utilizados nesta pesquisa qualitativa são a decomposição, a categorização, a descrição, a inferência e a interpretação.⁶²

A decomposição visa separar o material a ser analisado em partes de acordo com os objetivos da pesquisa. A categorização ou classificação é o reagrupamento, por analogia, de um grupo de elementos sob um título genérico.⁶² Uma vez classificada, é feita uma descrição das categorias e parte-se para a inferência e a interpretação.

A inferência é o momento intermediário entre a descrição e a interpretação. É importante que o pesquisador domine o conteúdo teórico existente acerca do assunto que está sendo analisado, pois esta é a fase em que se busca articular este conhecimento com o que se manifesta na mensagem em análise, fazendo-se deduções lógicas deste conteúdo.⁶²

Por fim, a interpretação procura dar um significado mais amplo aos conteúdos analisados. Essa fase é concluída quando se consegue articular as questões da pesquisa, com os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, com as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada.⁶²

Esta pesquisa envolve seres humanos, e por isso devemos considerar as questões éticas. Em pesquisas que envolvam seres humanos devem-se assegurar os direitos e deveres de todos os envolvidos, levando-se em conta o compromisso social da ciência, e respeitando a autonomia dos sujeitos da pesquisa, sua dignidade e vulnerabilidade.

Seguimos, portanto as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. ⁶⁸

A referida resolução determina que os sujeitos da pesquisa devem ser devidamente esclarecidos sobre a mesma e ter liberdade para se recusar a participar. Devem ainda ter sua privacidade assegurada e concordar, através da assinatura, de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5). Neste termo estarão expostos os objetivos da pesquisa e suas implicações. Os sujeitos poderão retirar seu consentimento a qualquer momento que desejarem. ⁶⁸

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca com CAAE nº: 0091.0.031.315-10, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da IES em análise com CAAE nº: 0005.0.315.031-10.

5.2 O Trabalho de Campo

Foram utilizadas, portanto, como técnicas no trabalho de campo a busca de dados secundários e a produção de dados primários. Em relação à primeira técnica, procedeu-se a análise de documentos da saúde e da educação, internos e externos a IES em estudo.

Já a produção de dados primários se deu através de três instrumentos: entrevistas com estudantes do segundo ano de graduação em medicina, grupo focal com alunos do quinto ano de graduação e observação participante nas entrevistas e no grupo focal.

As entrevistas, o grupo focal e as observações participantes ocorreram no campus da IES em análise. Os agendamentos foram realizados em comum acordo com a pesquisadora e os integrantes da pesquisa, de forma que não trouxesse prejuízo às atividades de ambas as partes, e transcorreram num ambiente descontraído e sem contratempos.

6. DESVENDANDO O CAMPO

6.1 Introdução

Abordar o tema formação médica implica pensar que tipo de profissional desejamos. Neste trabalho procurou-se demonstrar as diversas formas de atuação do médico, enfatizando que essas práticas são sempre socialmente construídas e, por isso mesmo, historicamente datadas.

Descreveu-se a prática médica desde a antiguidade até o século XX, perpassando pelas diversas concepções do processo saúde-doença e sua implicação no desenvolvimento de tais práticas. Observou-se que quando o processo saúde-doença ficou restrito ao biológico, a formação médica teve como ordenador, em muitos lugares do mundo, o Relatório Flexner. Naquela época as doenças estavam relacionadas a uma causa específica e/ou definidas a partir de parâmetros numéricos, possibilitando associá-las ao risco. Essa redução ao biológico permitiu que o ser humano fosse fragmentado e a prática médica ficasse restrita ao controle de doenças durante muito tempo.

Todo esse movimento favoreceu o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de métodos diagnósticos e terapêuticos pautados no avanço científico e tecnológico, que desempenhou um papel importante na prática médica. Com esse modelo, cabe ao médico dominar técnicas e seguir protocolos. Ou seja, a prática médica se utiliza apenas das tecnologias duras e leve-duras – terminologia adotada por Merhy -, deixando à margem o lado da arte, próprio da profissão, onde a relação do médico com o sujeito de seu cuidado é que deveria direcionar o emprego de tais tecnologias.

No momento em que os determinantes sociais da saúde ganham um papel de destaque na explicação do processo saúde-doença, não há mais como se fundamentar apenas em protocolos e se utilizar de tecnologias para prevenir determinado agravo, ou mesmo produzir um medicamento para sua cura. Daí a importância de buscar colocar em prática e fazer parte da formação outros modelos que trazem a perspectiva de diferentes dimensões do cuidar que não seja predominantemente assistencial, como se pode destacar a estratégia da promoção da saúde aliada ao desenvolvimento social.

Não faz mais sentido, portanto, manter o mesmo modelo de formação. Este já está histórica e socialmente ultrapassado. A formação dos futuros médicos deve levar em conta esses determinantes, que só poderão ser identificados e sofrerem algum tipo de intervenção

se o profissional conseguir enxergá-los como inerentes ao processo saúde-doença e, por conseguinte, parte integrante da prática médica.

Diversos esforços vêm sendo feitos no sentido de propor mudanças que sejam capazes de atender essa nova demanda da sociedade. Porém como ser assertivo em novas práticas? Lidar com o novo é sempre um desafio. É preciso que se façam movimentos em busca da forma mais acertada. Esses movimentos, no entanto, devem ter como novo eixo o estar com o outro.

Além da abertura ao diálogo, a mudança também deve possibilitar o desenvolvimento do protagonismo do estudante. Esse protagonismo visa uma reflexão e uma atitude pró-ativa do aluno, para que este seja capaz de desenvolver sua própria autonomia.

As reformas educacionais devem levar em conta as necessidades de saúde da população, o resgate da subjetividade do processo saúde-doença, a ampliação do olhar dos profissionais para o sujeito doente, e a integração com os princípios do SUS, cuja proposta de reorientação dos serviços está pautada na estratégia saúde da família.

Todas essas importantes questões surgiram nas categorias empíricas trazidas pelos alunos entrevistados. A classificação e ordenação dos dados possibilitou apresentar os resultados encontrados nos sub-capítulos que se seguem:

- 6.2 O Contexto
- 6.3 Ser Médico
- 6.4 Formação Médica
- 6.5 Saúde e Promoção da Saúde
- 6.6 O Programa Curricular Saúde e Sociedade

6.2 O Contexto

6.2.1 A Instituição de Ensino Superior (IES)

A IES em análise é uma Instituição privada, localizada em uma cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro. Foi criada em agosto de 1967, e o projeto pedagógico de seu curso

“volta-se para a formação de um médico generalista, consciente de sua responsabilidade e compromisso com a saúde da população brasileira. Neste sentido, (...) vem reformulando e aprimorando continuamente o seu currículo, imprimindo grande ênfase à Medicina Interna, à Medicina Social e às ciências básicas, com inserção do aluno na vida da comunidade desde o início do curso.”³²

O desenvolvimento desse projeto pedagógico é acompanhado através de um programa permanente de avaliação interna. A carga horária mínima do curso é de 7.900 horas, e o regime é seriado anual. Ao término de seis anos de estudo é conferido um diploma de bacharel ao estudante.³²

São oferecidos aos alunos diversos cenários de estudo para o ensino e a prática profissional, que vai de um Hospital Escola até unidades básicas de saúde. Desde sua fundação, a IES mantém parceria com o sistema público de saúde local, oferecendo serviços gratuitos à população através do Ambulatório-Escola, Postos de Saúde da Família e o Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP).⁶⁹

A IES também participa do Conselho Municipal de Saúde local e na co-gestão de dois hospitais municipais e de unidades do Programa Saúde da Família. Um dos hospitais foi certificado como Hospital de Ensino pelo MS/MEC em 2005.⁶⁹

Em seu Plano Político Institucional, a referida instituição traz como missão, a busca por excelência no ensino, na pesquisa e na extensão, com objetivo de uma formação integral de profissionais para desempenhar suas funções com perfil ético e humanístico. E como valores: a ética e a responsabilidade social, o respeito à vida e à pessoa, a integração acadêmica, o compromisso comunitário, o compromisso com o meio ambiente, a inovação, a autonomia e a gestão democrática.⁶⁹

A IES pretende que o profissional formado seja capaz, dentre outras coisas, de “*ter visão integrada do indivíduo e da situação com a perspectiva de promoção da saúde*” (p.12)⁶⁹ além de “*desenvolver ações voltadas para os indivíduos, para as comunidades e para a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do homem.*” (p.12)⁶⁹

O processo seletivo desta IES é feito através de concurso promovido por uma instituição cuja finalidade é organizar concurso vestibular unificado para ingresso no ensino superior. Outra porta de entrada para a IES em análise é através de bolsas de estudo do Programa Universidade para Todos (ProUni).³²

O ProUni foi criado pelo Governo Federal em 2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, em 13 de janeiro de 2005, com o objetivo de conceder bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica em IES privadas. As IES que aderem ao Programa recebem isenção de alguns tributos. Os candidatos são selecionados pelas notas obtidas no Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM).⁷⁰

O ENEM, instituído através da Portaria do MEC nº 438 de 28 de maio de 1998, foi criado com o objetivo de avaliar o desempenho do estudante ao término do ensino médio. Seu resultado é utilizado por algumas IES como critério de seleção para o ingresso no ensino superior, de forma complementar ou substituindo o vestibular. A participação no ENEM é voluntária, e a nota obtida no exame é utilizada para fornecer bolsas de estudos parciais ou integrais, em IES privadas, a candidatos que atendem as exigências socioeconômicas.⁷¹

Como pode ser visto algumas propostas desenvolvidas pelo Governo Federal, vêm influenciando a graduação dos profissionais da área da saúde. Nesse sentido, devemos destacar também a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Esta Secretaria tem a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.⁷²

A SGTES, com o intuito de aproximar, cada vez mais, o sistema de saúde às instituições formadoras, elaborou o AprenderSUS, construindo uma relação de “*co-operação*”. (p.5)⁷³

O AprenderSUS é uma política do Ministério da Saúde, instituída em 2004, que tem como objetivo “*ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira*” através de uma mudança na formação dos profissionais de saúde. Historicamente, a graduação desses profissionais é pautada no modelo flexneriano. O AprenderSUS propõe que seja desenvolvida uma “*dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais.*” (p.4)⁷³ a fim de se obter uma integralidade na atenção à saúde.

Ceccim afirma que tanto a ordenação dos serviços de saúde quanto das instituições formadoras de profissionais da saúde deve ser centrada no usuário. Neste sentido, é

importante trazer à tona a questão da integralidade da atenção, rompendo com o modelo hegemônico,

“centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde.”²¹

Para este autor, o modelo tradicional não problematiza o ensino nem desenvolve o protagonismo dos estudantes, apenas se baseia num referencial técnico-científico, onde a preocupação é *“com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado”* (p.1402)²¹. Nessa forma de atuação a integralidade da atenção desaparece ou torna-se frágil, uma vez que todo o processo saúde-doença é padronizado, as intervenções são focalizadas, com pouca interação subjetiva entre o sujeito do cuidado e o profissional da saúde e, conseqüentemente, diminuindo o poder de decisão do sujeito sobre as possíveis intervenções em seu processo saúde-doença.²¹

As práticas profissionais devem ter como ponto de partida as necessidades sociais de saúde da população, afirma Ceccim. No entanto a formação dos profissionais ainda não conseguiu dar conta dessa demanda.²¹

Para que se consiga uma integralidade efetiva, é necessário levar em conta os determinantes do processo saúde-doença e incorporar saberes não-profissionais.²¹

Ceccim afirma que

“assim como o cientificismo varreu para a esfera privada toda a dimensão subjetiva do mundo, o ensino, na modernidade, desqualificou, nas práticas de saúde, as ferramentas vistas como não científicas, invertendo prioridades: preferindo a doença ao doente, fragmentando o todo, reduzindo o indivíduo a um somatório de órgãos e sistemas, ignorando tanto sua especificidade biológica, como suas dimensões psicológicas, culturais e sociais.” (p.1408)²¹

Este autor enfatiza que é necessária uma mudança na formação dos profissionais, onde o compromisso dos mesmos é com a vida em todas as suas dimensões, e não apenas com o tratamento de doenças. Para tanto, deve haver uma busca pela interdisciplinaridade e uma diversificação de cenários de aprendizagem.²¹

Nesse contexto, as IES voltadas para os profissionais da saúde vêm promovendo mudanças no seu processo de ensino-aprendizagem. A IES em análise propôs a inclusão do PCSS em seu currículo, inserindo os alunos de graduação em medicina nas USF desde o

primeiro ano de sua formação. Essa inserção busca aproximar o estudante dos determinantes do processo saúde-doença das comunidades onde eles exercerão suas atividades, formadas por cinco unidades de saúde da família da referida IES.

No primeiro ano de graduação a carga horária proposta pelo PCSS é de cento e vinte horas, no segundo e no terceiro é de noventa horas cada, enquanto no quarto ano é de quarenta e cinco horas, perfazendo um total de trezentos e quarenta e cinco horas. É interessante ressaltar que dos seis anos de faculdade, o estudante está em contato com a comunidade, durante as aulas do PCSS, nos quatro primeiros anos, em atividades com níveis crescentes de complexidade, não sendo apenas uma proposta pontual em determinado momento da graduação.

6.2.2 Caracterização dos Entrevistados

As entrevistas foram realizadas com 12 estudantes regularmente matriculados e cursando o segundo ano de graduação em medicina da IES em análise. Desse total, 67% são do sexo feminino e 33% do sexo masculino. Os entrevistados têm idade que varia entre 19 e 23 anos, e são provenientes de cidades do interior de Minas Gerais, São Paulo, Goiás e Rio de Janeiro, sendo que a maior parte dos entrevistados é proveniente do interior de Minas Gerais. Todos aceitaram participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, e o fizeram através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Dois terços destes estudantes ingressaram na IES através de vestibular e um terço deles são bolsistas ProUni.

Na Tabela 1 pode-se observar esta caracterização dos participantes da entrevista segundo a idade, sexo, procedência e forma de entrada na IES. Houve um predomínio de entrevistados do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 26 anos de idade, sendo que 50% deles estavam na faixa etária entre 20 a 22 anos.

Tabela 1: Caracterização dos participantes da entrevista quanto a idade, sexo, procedência e forma de entrada na IES

Idade	17 a 19 anos		20 a 22 anos		23 a 26 anos		Total	
	01	8%	06	50%	05	42%	12	100%
Sexo	Masculino		Feminino		100%			
	4	33%	8	67%				
Procedência								
Minas Gerais	5				41,66%			
São Paulo	3				25%			
Rio de Janeiro	2				16,67%			
Goiás	2				16,67%			
Ingresso na IES								
Vestibular	9				75%			
ProUni	3				25%			

A tabela 2 apresenta o total de alunos regularmente matriculados no segundo ano de graduação em medicina da referida IES, de acordo com a idade e sexo. Percebe-se um predomínio do sexo masculino com idades que variam de 20 a 22 anos.

Tabela 2: Total de alunos regularmente matriculados no 2º ano de graduação em medicina por sexo e faixa etária no ano de 2010

Idade	17 a 19 anos		20 a 22 anos		23 a 26 anos		27 a 51 anos		Total	
	11	10%	69	59%	29	25%	07	6 %	116	100%
Sexo	Masculino		Feminino		100%					
	67	57,76%	49	42,24%						

Nenhum dos entrevistados havia freqüentado outro curso superior, embora dois deles já houvesse trabalhado antes de ingressar na faculdade. Um como técnico civil e outro como vendedor e garçom.

Contribuíram também para este trabalho estudantes do quinto ano de graduação em medicina através da participação em um grupo focal.

O objetivo do grupo focal foi promover um debate entre os estudantes a fim de identificar a sua percepção quando se encontram inseridos num grupo. Essas foram confrontadas com os dados das entrevistas individuais, com a observação participante e com a análise documental realizada.

Para o debate no grupo focal foram selecionados alunos que se encontravam no final da graduação de medicina e passaram pelos quatro anos propostos pelo PCSS. Todos os participantes, assim como os entrevistados, aceitaram participar da pesquisa por livre e espontânea vontade e o fizeram através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O grupo focal foi constituído por seis alunos com idade que variou entre 23 e 25 anos. Houve, também, um predomínio do sexo feminino, representando 83% dos integrantes do grupo. Apenas um deles freqüentou curso superior antes de ingressar na IES em análise. Este, porém não concluiu o curso de ciências biológicas que iniciara. Nenhum deles havia trabalhado anteriormente.

A maior dificuldade na realização do grupo focal foi vencer a timidez inicial. Enquanto o momento forte do encontro foi quando os estudantes relataram suas experiências durante as intervenções do PCSS e, também, suas vivências no hospital, fazendo uma comparação entre suas ações nesses dois cenários de ensino e aprendizagem distintos.

Durante os cinquenta e seis minutos de debate pôde ser percebida uma grande integração entre os estudantes. Quatro, dentre os seis estavam totalmente à vontade e participaram ativamente, enquanto dois se mostraram mais tímidos, o que não impediu que expressassem suas opiniões.

6.3 Ser Médico

Os entrevistados, estudantes do segundo ano de graduação em medicina, embora tenham, mais ou menos, a mesma faixa etária, traziam histórias de vida completamente diferentes umas das outras. Cada sujeito da pesquisa foi influenciado de uma forma única, de acordo com sua vivência pessoal, para decidir-se pela profissão. Apesar do contexto de cada um ser diferente, a maioria encontrava-se bastante segura e certa da escolha que fez.

Esta posição pôde ser vista na espontaneidade em participar da pesquisa e na naturalidade e segurança em que respondiam às indagações, embora tenham demonstrado certa surpresa ao serem questionados sobre assuntos como o motivo da escolha pela profissão, conceituação de saúde, e demais perguntas que, aparentemente, fugiam ao tema principal, que eram as atividades práticas desenvolvidas por eles durante as aulas de PCSS I. De um modo geral não se intimidaram com o fato de estar sendo gravada a conversa, apenas um estudante, após desligar a gravação sentiu-se mais à vontade e acrescentou detalhes à sua fala.

Os sujeitos da pesquisa trouxeram em suas falas a questão do tratar/cuidar/atender/ajudar as pessoas/entender o que se passa com a pessoa que vem procurar atendimento, como a principal razão para a escolha profissional.

“Eu gosto muito de ajudar às pessoas...” E4

“Eu sempre gostei dessa área mesmo, sabe? De ajudar as pessoas, de ter mais contato humano.”E6

“É uma profissão q ajuda ao próximo. Essa era minha idéia. Tirar o sofrimento.” E9

Colares cita Bellodi quando afirma que são três os enfoques que motivam a escolha pela profissão médica:

“1) as raízes históricas da prática médica, onde a figura do médico está associada sempre ao curador, àquele que tem poderes; 2) as razões conscientes, que no geral são traduzidas pelas expressões de desejo humanitário, altruísmo, o status da profissão e a diversidade do campo de trabalho que a profissão permite; 3) as motivações inconscientes, que pressupõe existirem razões de ordem inconscientes que leva os indivíduo a escolherem ser médicos.” (p.230) ⁷⁴

Portanto, a escolha da profissão verbalizada por seis dos entrevistados se aproximou da segunda razão enfatizada por Colares.

Outro aspecto destacado por Colares em seu estudo foi a evidência de que no início da formação médica, as razões conscientes mais referidas pelos estudantes são o altruísmo,

a vocação e o desejo de ajudar ao próximo. Porém, no final de sua formação, o desejo humanitário passa a ser considerado secundário, e a visão tecnicista passa a prevalecer.⁷⁴

Um dos estudantes mencionou essa mudança de comportamento:

“Alguns profissionais depois de um tempo, acho que perdem essa sensibilidade...”

E3

Chama a atenção a expressão de dois entrevistados que citaram a curiosidade em conhecer o corpo humano como fator de escolha pela profissão.

“Sempre tive a curiosidade de abrir, ver o que tem dentro. Eu acho que isso que mais me fascinou.” E2

O grupo focal, realizado com seis alunos do quinto ano de graduação em medicina, foi composto por estudantes com idades que variavam de 23 a 25 anos. Estes, portanto, já estavam no final de sua graduação, e haviam passado por experiências diversas em diferentes cenários de aprendizagem.

No início do grupo focal os estudantes estavam retraídos, porém, depois de vencida a timidez inicial, transcorreu de forma bastante descontraída, e sem nenhum contra tempo. Apenas dois integrantes permaneceram mais tímidos, mas ao ser incentivada sua participação, expressaram suas opiniões. Houve uma grande integração entre os participantes, o que não impediu que discordassem em determinados pontos de vista como, por exemplo, em relação ao benefício das atividades práticas para a comunidade, dentre outros.

A realização do grupo focal possibilitou aos alunos fazer uma reflexão sobre as diversas questões discutidas, dentre elas o conceito de saúde e promoção da saúde, reflexões sobre a medicina e o *ser médico*, além de uma análise sobre sua graduação e, em especial o PCSS.

A escolha pela medicina, desses alunos se deu de várias formas. Dois deles se influenciaram pela profissão paterna. Dois disseram que sempre quiseram fazer medicina, mas não souberam explicar o motivo. Um afirmou que iria seguir a carreira de medicina veterinária por influência paterna, mas que no fundo sempre quis ser médico. Um deles afirmou que queria fazer pesquisa, não queria viver a rotina do profissional, mas que após entrar na faculdade mudou de idéia.

Todos, apesar de já estarem no final de sua formação, se referiram à profissão médica como sendo uma profissão relacionada ao cuidado com o outro, ou seja, não houve uma reformulação sobre o significado de sua escolha depois de transcorridos cinco anos de

graduação. No entanto, afirmaram que apenas nas aulas práticas do PCSS conseguiam se dedicar aos pacientes, pois nas outras aulas não tinham muito tempo para isso.

“A medicina é uma profissão que exige de você assim: você vai cuidar de uma pessoa.” G4

“Quem não for para medicina, assim, sem gostar do que faz, gostar do cuidado, gostar do ser humano, não vai muito para frente, sabe?” G5

“Nas outras matérias você não tem nem tempo para fazer isso, você não pode prestar atenção na pessoa, você tem uma hora para fazer tudo o que tem para fazer e tem que fazer tudo correndo, então você não tem tempo de pensar assim: quem é essa pessoa, quais são as reais necessidades dela.” G6

Os participantes do grupo também se referiram à profissão como uma profissão que exige uma implicação grande e muita responsabilidade por parte do profissional.

“A medicina tem uma coisa que me dá um pouco de medo, que é como nós estamos lidando com pessoas, não admite erro.” G6

Eles trouxeram à discussão a questão de que o médico tem a função de educador. Esse papel, no entanto, deve ser desempenhado a partir de uma aproximação com o sujeito de seu cuidado, onde o bem-estar do indivíduo é a força motriz do trabalho.

“É uma coisa essencial nessa relação com o paciente, você ter essa função de educar, não só cuidar, mas de seriedade, de você estabelecer um vínculo com o paciente e você ter certeza que está fazendo o máximo que pode por ele, sabe? E não você estar ali simplesmente porque é sua profissão.” G1

“você tem que ter aquele contato com o paciente, você tem que cuidar do paciente como um todo, não é só a doença que está em conta.” G4

A idéia inicial de *Ser médico* (relacionada ao cuidar), evidenciada pela maioria dos entrevistados, está associada a outros fatores como, por exemplo, relacionar com o contexto do paciente. A fala de um deles exprime tal fato:

“Pra mim ser médico é tratar e cuidar... ver a coisa de perto... ser médico não é só estar dentro do consultório.” E1

Outro ponto debatido pelos entrevistados demonstra uma contradição, pois enquanto um deles evidenciou, em sua fala, a idéia da figura do médico como um ser poderoso, uma vez que é detentor do saber de que necessitam os que procuram atendimento, trazendo à toa a questão da assimetria do conhecimento, outro trouxe a questão de que o médico deve ser um sujeito humilde:

“o paciente, quando ele chega, ele fica tão gratificado de alguém que estudou, alguém que tem um conhecimento e ele ali, tão simples... e saber que alguém está ouvindo, se interessando por ele...” E3

“o trabalho do médico tem que ter muito mais de humildade, do que essa pompa toda... para mim ser médico [antes de entrar para a faculdade] sempre foi o *doctor House*.” E5

A expectativa em torno do profissional médico, como um ser capaz de curar doenças e evitar mortes, criada pela sociedade ao longo da história da medicina, produz o estereótipo de um profissional que detém tal poder.⁷⁴ Esse estereótipo tem por fundamento o conceito de saúde como ausência de doenças, e se alicerça no “*modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que domina o pensamento sanitário desde o século XX*.” (p.80)

⁴² O conceito ampliado de saúde trouxe a incorporação dos determinantes sociais da saúde à problemática saúde-doença-cuidado. Desta forma muitos outros aspectos devem ser levados em conta na gênese das doenças. Essa incorporação dos determinantes sociais no processo saúde/doença resgata, de alguma forma, o “*ideário da medicina social do século XIX*”. (p.80) ⁴² Conseqüentemente, outras instâncias, além da atuação médica devem participar para que os indivíduos/comunidades tenham saúde. Nesse sentido, têm papel de destaque as ações que promovam uma articulação intersetorial, abordagens interdisciplinares e a participação social.

Essa compreensão de existir um contexto por trás da doença foi explicitada por cinco dos doze entrevistados.

“...[o médico] tem que conhecer a comunidade, você tem que conhecer não só os problemas de saúde da pessoa, mas é importante entender também o que ela faz, porque muitas vezes a pessoa vai no seu consultório, procura o médico mas os problemas vêm de outra coisa, e uma conversa pode resolver muito mais do que o próprio tratamento” E5

Colares faz uma aproximação entre o passado da medicina xamanística, onde os xamãs controlavam as forças do bem e do mal com a concepção de *Ser médico* ainda hoje, na qual se mantém uma “magia” repleta de ambivalências. Nesse sentido, ela afirma que o doente vê o médico “*como uma autoridade do saber, aquele que possui o poder de cura, mas ao mesmo tempo o teme, porque delega ou divide com esse profissional ‘segredos inconfessáveis’ que o doente teme que o médico o revele.*”(p.229)⁷⁴

A mesma autora traz a questão de que os futuros profissionais devem fazer uma reflexão crítica e aprofundada em relação à realidade política, econômica e social, pois a medicina é “*uma profissão de ação social*” (p.19)⁷⁴

Já existe uma compreensão da participação de outras causas que não as estritamente biológicas. No entanto, a forma com a qual essa nova dimensão possa ser efetivada na prática ainda permanece em construção:

“claro que o médico tem o dever de solucionar a sintomatologia, né? Melhorar as condições de vida do paciente, só que... principalmente intervir naquelas causas que vão promover a doença, né? Condições de vida, atuar nas áreas de prevenção mesmo, sabe?” E6

Nesse sentido Freire afirma que é necessário “*diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, para que, num dado momento, nossa fala seja igual a nossa prática.*”(p.61) ²⁹

Apenas um estudante se referiu a *Ser médico* como uma diversificação de campos de atuação, além de ser uma atividade com base em equipamentos e técnicas.

“... Eu gostei mesmo foi da rotina, de não ter uma rotina certa, sabe? ... a possibilidade de você mexer com milhões de coisas, sabe? Diferentes assim... e de ter um espaço amplo para você optar onde você mais gosta... você ter a possibilidade de mudar, sabe? ... e eu acho muito interessante a área de medicina, assim... sempre tem alguma coisa nova, sabe? Essa renovação de equipamentos e técnicas... isso tudo eu acho muito interessante...” E8

Três estudantes relacionaram o *Ser médico* com solucionar problemas, onde a função do profissional estaria restrita a aplicação de técnicas e protocolos. Um deles traz em sua fala essa visão que possuía antes de entrar na faculdade:

“Antes de entrar na faculdade eu achava que era mais assim... achava que era aquela coisa automática... dar o diagnóstico, passar o remédio e pronto... solucionava os problemas só, entendeu? E6

Um terço dos entrevistados referiu ter modificado sua idéia a respeito de *Ser médico* após entrar na faculdade e freqüentar as aulas de PCSS.

“A idéia que eu tinha de ser médico era muito diferente da que eu tenho hoje, é muito engraçado... eu pensei que era só entrar na faculdade, aí você aprendia o nome dos remédios, ia ser tudo tranquilo. Nunca pensei que tinha toda uma estrutura, uma formação... para mim entrava, já ia dando remédio, já ia diagnosticando... é bem engraçado, acho que todo mundo pensa um pouco isso, né? O papel do médico encerra ali. E não é isso que a gente vê desde o primeiro ano da faculdade... Para mim se a criança chegasse com verminose no meu consultório eu passava albendazol para ela e tava resolvido o problema, e não é isso que acontece. Hoje ser médico para mim acho que mudou bastante... A minha idéia de médico é uma pessoa que não só trata e cuida, mas que vê todo o local que a pessoa tá inserida. Não necessariamente o meio ambiente tá interferindo no processo saúde-doença, mas a própria sociedade, os amigos também podem causar vários outros distúrbios, então hoje eu tenho uma visão do médico que tem uma visão de tudo, não é aquele médico que vai lá, que acerta o problema e manda o paciente para casa. Acho que ele vê além da doença que tá agora no paciente, o médico que tem visão de todo um contexto que tá por trás da manifestação, né? da doença.” E4

Outro importante ponto avaliado pelos participantes do grupo focal foi em relação ao que consideram como sendo um ‘bom médico’ ou, nos remetendo à Ayres, a relação entre o êxito técnico e o sucesso prático. ⁴¹ Ressaltaram que essa visão que hoje possuem a

respeito da medicina e do *Ser médico* foi adquirida nas aulas práticas do PCSS, em nenhum outro momento de sua graduação tiveram a oportunidade de refletir sobre tais questões.

“... eu acho que a medicina é uma arte, porque não importa só você ter o conhecimento e ter a vontade de fazer, se você não souber conquistar seu paciente, se você não souber trabalhar com as ferramentas que você tem, também não adianta, você não vai conseguir ser um bom médico. Você pode ser o mais inteligente, o mais competente, mas para ter sucesso você tem que conseguir uma relação legal também com o paciente.” G1

Como pode ser visto o *Ser médico* que continua no imaginário da sociedade e, conseqüentemente na fala dos estudantes do segundo ano de medicina da IES em análise, está muito relacionado com a contextualização histórica da medicina. Apesar de todo aparato de tecnologias duras presentes atualmente no século XXI, o *cuidar* ainda permanece o objetivo *mor* tanto do profissional da saúde quanto do sujeito do cuidado. Não há tecnologia dura que consiga substituir essa interação entre sujeitos.

Dois estudantes fizeram referência a essa questão em suas falas quando disseram que não bastava que o médico fosse um bom técnico, era importante que existisse um bom relacionamento médico-paciente. Um dos entrevistados contou, após desligar a gravação da entrevista, o caso de seu avô, que tinha 83 anos e nunca havia buscado atendimento médico. Com essa idade precisou de cuidados médicos e foi indicado um profissional de sua cidade que era considerado um bom técnico. Seu avô, no entanto, recusou-se a ser tratado por ele, e deixou-se tratar por um que, apesar de não ter uma reputação técnica com tantas referências como o anterior, soube *cuidar* melhor dele.

Ramos-Cerqueira e Lima afirmam que “*Com frequência, a competência técnica não é a qualidade médica mais valorizada pelos pacientes. Assim, apesar da racionalidade e dos avanços da Medicina científica, não diminuiu a ‘irracionalidade’ da demanda médica.*” (p. 112) ⁷⁵

A permanente troca entre o profissional e o sujeito do cuidado é apontada, nas falas dos estudantes, como um ponto extremamente importante para o sucesso do tratamento médico. Canário compartilha dessa visão quando afirma que o médico é um profissional de relação, e que as vertentes pessoal e profissional e as dimensões social e técnica são indissociáveis. Para este autor, o saber médico é resultado de fontes diversas como a ciência, a experiência, a interação com pares, com outros profissionais e com os sujeitos do cuidado. ³⁰ Portanto não basta classificar a doença de acordo com semelhanças/diferenças entre os sintomas, lançar mão de um algoritmo para traçar a terapêutica e, com isso, obter sucesso. Pois o plano terapêutico vai depender do contexto em que esse paciente se insere.

Não é possível tratar ‘a doença’, pois ela só existe ‘no doente’. Ou seja, é necessário conhecer quem é, de onde vem, o que faz, como é sua vida, e demais dados do cotidiano do sujeito em que determinada moléstia se instalou. Só assim, o médico conseguirá entender melhor a manifestação da doença naquele sujeito e, com isso, propor uma terapêutica mais resolutiva.

Um dos integrantes do grupo focal ressaltou essa visão:

“Eu acho que ajudou muito nessa questão de humanizar o atendimento, de você entender os determinantes, de você entender que tem vários processos que estão afetando aquela pessoa (...) também é muito legal na nossa formação porque a gente chega no terceiro ano começa a semiologia, começa a clínica, a gente vê lá na anamnese: ‘pô’ tem que perguntar quantas pessoas moram com ela, se tem água encanada, se tem saneamento, se tem coleta de lixo..., então a gente fala ‘pô que saco’ tem que ficar escrevendo isso aqui, mas aí a gente lembra que isso é essencial, não adianta ficar tratando... ela interna todo mês aqui... se não ficar pensando no que tá causando lá...” G1

Essa fala nos remete à reflexão sobre a importância cada vez maior do cenário para a formação. Não no sentido da naturalização da pobreza, mas na busca da compreensão de que a inserção social dos sujeitos do cuidado é que faz com que as pessoas adoçam de forma diferente.

A grande maioria dos entrevistados falou da importância de haver um relacionamento mais pessoal, de forma mais humanizada, ao abordar um paciente, revelando o compromisso com o bem-estar do mesmo.

Ayres nos ensina que

“estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências. O contínuo e inexorável contato com o novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e nossas relações. É a esse processo que está relacionada a abertura relativamente grande do sentido da expressão *saúde*, que encontramos coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local.” (p.166)⁴¹

Vale ressaltar mais uma vez, que os entrevistados são estudantes do segundo ano de graduação em medicina, e que tiveram como principal motivação para a escolha profissional o desejo humanitário, o altruísmo. Dessa maneira, ao se referirem à forma de abordar um paciente era previsto que a questão humanitária se fizesse presente. Este tipo de preocupação, no entanto, foi evidenciado por eles a partir de uma vivência no território por eles explorados durante suas aulas práticas. Não foi motivada pela teoria em sala de aula. Neste sentido, eles experimentaram a transformação descrita acima por Ayres, onde

eles saíram de suas realidades, estiveram imersos num contexto social bastante diferenciado dos seus e perceberam a necessidade de um adequado acolhimento do indivíduo que, por algum motivo, vai a uma unidade de saúde em busca de assistência.

“Eu acho que tem que levar muito pro lado humano, assim... não pode ser uma coisa fria, o paciente chegou, você sabe o nome da pessoa, ela vai e te conta o problema e só... acabou ali.” E3

“Eu acho que deveria sentar, conversar com o paciente, perguntar o que é que ele está precisando, se ele está bem... (...) não só aquela coisa, tipo de... você tá sentindo o que? Tá sentindo uma dor aqui... vou te passar um remédio e acabou. (...) Eu acho que você deveria interagir mais com o paciente, entendeu?” E6

“Acho que o mais pessoal possível, o mais amigável, nada de relação muito fria (...) a pessoa te tratar bem, isso é o mais importante.” E8

A perspectiva evidenciada acima pelos estudantes também se relaciona ao afirmado por Ayres quando ele diz que “*trata-se (...) não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades.*” (p. 167) ⁴¹

Ainda neste sentido, Ayres afirma que

“Quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos práticos.” (p. 171) ⁴¹

O referido autor chama atenção para o fato de que o diálogo deve ser o elemento central nas práticas de saúde a fim de que estas sejam reconstruídas de forma humanizada. E que, na perspectiva hermenêutica, esse diálogo se refere a uma “*fusão de horizontes*” (p.178) ⁴¹, onde ocorre um compartilhamento do que não era conhecido pelo outro. Ele enfatiza a necessidade do profissional de saúde ouvir o sujeito que demanda seu cuidado, e não apenas ouvir o que este profissional, supostamente, acredita ser relevante. A partir dessa escuta atenta e não direcionada é possível “*colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados.*” (p. 178) ⁴¹

A humanização amplia os horizontes normativos das práticas de saúde. Ela expande essas práticas para um conteúdo mais “*relacional e formativo*” (p. 185) ⁴¹, saindo do núcleo apenas instrumental. Com isso não restringe o conceito de saúde a problemas como “*risco, disfunções e dismorfias*”. (p. 185) ⁴¹ A partir da humanização,

“O cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la.” (p. 185) ⁴¹

Ser médico, portanto, é muito mais do que utilizar os recursos disponíveis na literatura, é necessário vivenciar a prática e estar aberto ao diálogo permanente com o sujeito do cuidado. É essa interação, mediada por diversos saberes, que construirá uma ação terapêutica fundamentada no cuidado ⁴¹, origem de toda razão de ser do profissional da saúde, em especial o médico, uma vez que reconstitui a humanidade das pessoas diante de suas necessidades como sujeitos. ³⁷

A fala que se segue demonstra esta compreensão do sentido da interação necessária para a construção da ação terapêutica:

“Tudo que você puder fazer para melhorar a auto-estima, ou a qualidade de vida, e o bem-estar de uma pessoa, acho que tudo isso tá incluído na medicina. Não só a cura, você entendeu? Mas que você melhore a qualidade de vida, dê um bem-estar para pessoa, isso sim, faz mais parte da medicina do que você chegar e dar uma receita médica para um paciente comprar um remédio.” E2

No grupo focal essa questão também foi levantada, além de ter sido enfatizado que cabe ao profissional a promoção da saúde em qualquer nível de atendimento.

“Eu acho que em qualquer circunstância, mesmo que o indivíduo não esteja saudável você pode, a partir dali tentar promover a saúde para aquele indivíduo. Dar o melhor que ele pode ter, mesmo com limitações. Eu acho que como a saúde está envolvendo vários fatores, a promoção pode estar em qualquer um desses níveis.” G1

Nessa nova perspectiva dada à saúde, não basta mais que o profissional seja capaz apenas de diagnosticar e tratar uma doença, ele deve ter a dimensão do todo, do contexto em que o sujeito de seu cuidado está inserido. O profissional deve ser capaz de relacionar esse contexto às queixas do indivíduo, ao seu exame físico, solicitar exames auxiliares, caso seja necessário e, a partir daí, propor algum tipo de intervenção através de uma interlocução com o sujeito do cuidado. Só assim esse profissional estará agindo de acordo com as reais necessidades e expectativas de saúde das pessoas que buscam atenção, ou em outras palavras, estará promovendo uma integralidade do cuidado.

6.4 Formação Médica

Dos doze alunos do segundo ano de graduação entrevistados, onze afirmaram que sua opinião a respeito da formação médica foi influenciada pelo Programa Curricular Saúde e Sociedade.

“O médico que faz o PCSS e o médico que não tenha essa disciplina em nenhum momento da vida, eu acho que tem uma diferença muito grande, acho que o médico que tem o PCSS ele vai ter uma visão muito generalista do paciente, ele não vai ser focado na doença.” E4

Elias e Vieira nos ensinam que o termo formação médica traz, dentre outras definições, o domínio de conhecimento teórico associado ao desenvolvimento de habilidades e técnicas específicas da prática.⁷⁶ Souza compartilha dessa idéia e acrescenta que é também uma época em que a prática assistencial institucionalizada se desenvolve num cenário social vivenciado pelos alunos.⁷⁷

Os movimentos vividos no século XX devem ser levados em conta para a formação do atual profissional, mas as antigas demandas pela “*ars medica para atender a essência humana na arte de preservar a saúde e curar a doença, como a confiança, o conforto espiritual, a dedicação, a compaixão e a responsabilidade*” (p.39)⁷⁶ não podem ser negligenciadas, muito pelo contrário, devem ser também motivo de empenho.

A formação médica vem sendo balizada pela tecnociência, onde a especialização cada vez maior do profissional e a fragmentação do sujeito do cuidado são intensas. Nessas práticas o foco dado está apenas na doença, as questões relacionadas aos indivíduos e ao ambiente não são levadas em conta.

A partir do momento que o conceito do processo saúde-doença passa a ser ampliado e a saúde passa a ser um direito previsto na CF 88, diversos desafios se impõem, dentre eles está a revisão da formação dos profissionais da saúde. Os trabalhadores devem estar “*plenamente imbuídos dos sentidos e competências políticas, científicas, éticas e humanistas que permitam avançar na produção da saúde*”. (p.229)⁷⁸

A integralidade nas práticas de ensino da saúde, conforme proposto por Pinheiro e Ceccim, se refere a um processo em que exige o envolvimento de si mesmo, do outro e do entorno numa construção coletiva, onde são levados em conta não só os conhecimentos formais como também as sensações, levando a uma “*transformação de saberes e práticas*”. (p.14)⁷⁹

Os referidos autores citam Gramsci quando dizem que os problemas colocados para as pessoas devem ter relação com seu cotidiano, não podem ser abstratos. A teoria e a prática devem estar sempre relacionadas. Portanto, tomando-se a integralidade como norte, a produção do conhecimento que resulta de saberes e práticas do ensino da saúde

“requer uma construção teórica contextualizada em movimentos de vontade (do desejo, da implicação) capazes de forjar uma *teoria viva* que reflita, desde sua própria constituição, a experiência concreta da vida que dá origem e da vida que vai originar uma atividade prática (práxis), uma iniciativa da vontade, um movimento de transformação.” (p.14) ⁷⁹

Para Pinheiro e Ceccim, as culturas científica e humanística devem criar uma nova aliança “*capaz de produzir uma escuta singular da realidade (...), uma exploração ativa e inventiva da realidade*” (p.14) ⁷⁹, não excluindo as bifurcações encontradas para “*descrever linearidades irreais*”. (p.14) ⁷⁹

Estas questões apontadas por Pinheiro e Ceccim já fazem parte do discurso oficial, pois com o objetivo de promover uma mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação, orientando as graduações em saúde para a integralidade, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, o AprenderSUS, o qual diz que,

“A *formação* não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de *políticas do cuidado*.” (p.4) ⁷³

Fica evidente a partir do AprenderSUS que o profissional formado deve ser não só um bom técnico, mas também ser um trabalhador tocado pelo direito à saúde, um trabalhador para o SUS. ⁷⁸

Na ótica dos entrevistados, um aspecto importante da formação se refere ao cenário de aprendizagem. Duas subcategorias muito referidas pelos entrevistados faziam referência ao *cenário de aprendizagem* e o olhar clínico incorporado ao contexto social. Alguns deles falaram da importância dessa experiência em sua formação:

“Com certeza contribuiu e muito! (...) quando você vai na casa do indivíduo você vê que tudo funciona de uma forma completamente diferente... você pode ver os problemas daquela família... (...) e é importante você entender e não só julgar... Eu acho que é muito importante você ver de perto a realidade dessas pessoas... (...) ver que o problema de cada pessoa é diferente.” E3

“Eu acho que a gente tem que conhecer os problemas deles desde o início, mesmo que no futuro não dê para a gente ir de casa em casa, como a gente foi, para conhecer os problemas, a gente tem que ter uma idéia prévia disso.” E5

Os cenários de aprendizagem, segundo Macedo *et al.*, contribuem para a reflexão sobre a interseção dos mundos do trabalho e ensino. A seleção desses cenários vai impactar “a formação dos profissionais da saúde e seu aprendizado sobre a prática do cuidado, prática da gestão e prática política de exercício da profissão.” (p.233) ⁷⁸

Quando se fala em cenários de aprendizagem, remetemo-nos a locais concretos, abertos, onde haja incorporação/produção do cuidado em saúde, além de serem locais em que existam “oportunidades de aprender sobre pessoas, culturas, serviços, redes, estratégias e políticas.” (p.235) ⁷⁸

É necessário que o trabalho, o ensino, o serviço e a comunidade estejam articulados para que se possa construir uma efetiva integração entre ensino, trabalho e cidadania. Com esse movimento, a formação é potencializada e se torna capaz de voltar-se para a integralidade do cuidado. ⁷⁹

Macedo *et al.* referem em seu estudo a questão da valorização de “‘cenários de alegria’ nos cenários de ensino-aprendizagem e cenários de cuidado”. (p.233) ⁷⁸ Muitos dos entrevistados se reportaram a sua inserção na comunidade como um desses momentos de alegria.

“A gente tirou foto com as crianças... tava todo mundo feliz, pulando em cima da gente... foi bem legal!” E2

“Para mim foi uma das mais divertidas, uma das mais interessantes, porque as outras são muito teóricas, muito cansativas, você quer entrar no jogo, se divertir, quer brincar, quer ver como é a coisa na prática. E foi nosso primeiro contato com a prática, com o futuro paciente... foi no PCSS.” E5

O cenário de aprendizagem proporcionou que novas descobertas sejam feitas pelos próprios alunos, independente do foco inicial proposto por suas atividades. Um dos entrevistados trouxe à luz essa questão:

“A gente chagou lá com tempo para falar com as crianças, para conversar com as crianças, e a partir do trabalho que a gente desenvolveu a gente foi descobrindo coisas ali no meio, né?... Era um problema que não tinha nada a ver com o que a gente foi olhar, mas foi descoberto a partir dali.” E1

A fala que segue destaca uma dimensão importante da imersão no cenário de aprendizagem que é a constatação pelos alunos da existência de carências múltiplas associadas às demandas e que seu enfrentamento de certa forma está contido nas expectativas daqueles sujeitos da atenção,

“nessas intervenções são a chance de você ter o contato com as pessoas, entendeu? Ver os problemas, quais são as carências... (...) A condição de pobreza, de miséria daquela família, entendeu? Então você vai lidar com isso.” E7

A expressão acima analisada também chama a atenção da necessidade de ser aprofundada, durante a formação, a compreensão da pobreza no Brasil. Embora se reconheça a melhora de alguns indicadores sociais desde os anos 90, persiste um número considerável de grupos sociais que vivem em situação de desigualdade e que, em grande parte, se constituem na população atendida pelo SUS. Valla fala sobre a *“necessidade de se compreender as percepções e a vida cotidiana das classes populares e a importância desta abordagem para o aprimoramento da formação do profissional de saúde e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS).”* (p.227) ⁸⁰

A inserção em unidades de saúde da família proporciona ao estudante a possibilidade dele desenvolver habilidades comportamentais e de uma busca compartilhada com a comunidade para a solução de seus problemas, bem como, exercitar o trabalho em equipe.

“Eu acho que acrescenta muito porque cresce em conjunto, né? O trabalho do PSF em si é um trabalho de equipe. Então para a gente aprender a trabalhar em equipe...” E1

A lógica do trabalho em equipe no campo da saúde, segundo Peduzzi, substitui a atuação de apenas um profissional de forma isolada e independente. Este trabalho em equipe se faz necessário devido a alguns fatores tais como: a complexidade dos objetos de intervenção, a intersubjetividade presente no encontro entre o profissional e o usuário, e a interdisciplinaridade. ⁸¹

Essa noção do trabalho em equipe como eixo da integralidade, ainda que não esteja clara enquanto conceito para os estudantes entrevistados eles perceberam na prática, a necessidade de se trabalhar de tal forma, como pode ser visto na fala de um deles:

“o dentista lá do posto estava reclamando muito que estava tendo muita cárie (...) então a gente foi nessa área. (...) quando a gente pensa em médico a gente pensa assim: ah! Curar aquela doença, a gente não imagina porque surge, a causa. Por exemplo: uma cárie pode influenciar outros sistemas, né?” E9

Metade dos entrevistados verbalizou a questão da problematização na formação médica.

“com certeza contribui muito. Primeiro pela questão da gente poder observar de perto a realidade da maioria da população brasileira. (...) Eu acho que é muito importante, muito importante mesmo você ver de perto a realidade dessas pessoas, ver quais são os problemas delas, ver que o problema de cada pessoa é diferente. E ajuda muito na formação profissional.” E3

Berbel nos ensina que a problematização é uma metodologia que pode ser utilizada em situações que envolvam a vida em sociedade. Ou seja, a partir da observação da

realidade são selecionados pontos-chave, é feita uma teorização, são buscadas hipóteses de solução e, posteriormente, é feita a aplicação prática à realidade. O processo de ensino e aprendizagem tem, dessa forma, a realidade social como ponto de partida, promovendo uma tomada de consciência, por parte do estudante, em relação ao mundo e a sua atuação, a fim de transformar essa realidade para melhor, buscando uma vida cada vez “*mais digna para o próprio homem.*”(p.144) ⁸²

Essa metodologia libertadora/problematizadora tem respaldo nos ensinamentos de Paulo Freire.

Para Bebel esse processo tem

“Como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão.” (p.145) ⁸²

Vygotsky, *apud* Elias e Viana, relaciona o aprendizado com “*um ciclo virtuoso entre o que se sabe (acordo/certeza) e o que se situa na fronteira do conhecimento (desacordo/incerteza)*” (p.40) ⁷⁶. É a chamada Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que representa a distância compreendida entre o desenvolvimento real, representado pela capacidade do indivíduo de resolver problema sozinho, e o desenvolvimento proximal, cuja solução de problemas conta com o auxílio de uma pessoa mais experiente. Os aprendizados decorrentes desta ZDP fazem com que o indivíduo se desenvolva mais ainda. ^{76, 83}

Não seria a inserção dos alunos do PCSS em USF uma forma de promover o aprendizado nesta ZDP?

A questão central trazida por Vygotsky é justamente a aquisição de conhecimentos pela interação do sujeito com o meio. ⁸³ As atividades práticas desenvolvidas pelos alunos do PCSS I se mostraram, através da fala deles, uma atividade que possibilitou essa interação.

Três competências são, tradicionalmente, descritas no campo da educação médica. São elas: a cognitiva, relacionada aos conhecimentos; as habilidades psicomotoras e; as atitudes, relacionada ao comportamento. A competência técnica, portanto, está baseada na escolha adequada do quê aprender em medicina (p.43) ⁷⁶, daí a importância de nos debruçarmos em atividades que permitam a aquisição não só de conhecimento como também de habilidades psicomotoras e comportamentais. Esta última de grande relevância para os profissionais de relação. ³⁰

Desde a década de 80 vêm-se enfrentando o desafio de colocar em prática a ‘*nova promoção da saúde*’. Incorporá-la à formação médica tem se tornado um desafio ainda maior. A ênfase no modelo técnico científico continua sendo a tônica, e as experiências existentes nesse sentido ainda permanecem bastante tímidas. Então como ser adequadamente qualificado? A quem está servindo a atual formação? Aos indivíduos, em sua singularidade, com seus sofrimentos, ou à ciência e a tecnologia centradas, cada vez mais, em si mesmas? Estas são fundamentais, desde que a favor do ser humano, da vida em sua plenitude.

Os questionamentos de alguns autores (Elias e Vieira - 2010, Camargo Jr. - 2009) sobre a natureza dos artigos científicos e o predomínio das metodologias ditas científicas demonstram que a ênfase da formação médica está dada pela tecnociência. Elias e Vieira têm se questionado porque os artigos científicos relacionados às áreas técnicas crescem numa progressão geométrica, enquanto os relacionados ao sofrimento, ao ser humano e suas questões existenciais quase não sofrem alteração.^{76, 84}

Camargo Jr. enfatiza que os trabalhos que se fundamentam em técnicas quantitativas, tidos como a ‘verdadeira ciência’ continuam sendo mais valorizados do que os trabalhos com metodologias qualitativas, considerados ‘inferiores’ por demandarem justificativas filosóficas. Isso pode ser visto no número desproporcional de publicações de artigos baseados em metodologias quantitativas em relação a artigos que abordam metodologias qualitativas nas revistas científicas. Este autor chama atenção, no entanto, para o fato de que o responsável pelo surgimento do moderno conhecimento na área de saúde foi a clínica, que é uma disciplina essencialmente qualitativa.⁸⁴

Neste sentido, o contato do aluno com as comunidades e suas vulnerabilidades – individual, social e institucional^{85, 86} - desde o início de sua formação tal como preconizado pelo PCSS pode, de certa forma, contribuir para que o próprio aluno comece a se questionar sobre o aprendizado de determinados conteúdo teóricos em detrimento de outros, além de possibilitar que este mesmo aluno vivencie, e não apenas escute, a queixa/sofrimento trazido pelo sujeito de seu cuidado.

Esse processo de ensino e aprendizagem vem ao encontro às propostas das DCN, que sugere a inserção de estudantes em

“atividades práticas, com responsabilidades crescentes, em diferentes cenários de aprendizagem. São os encontros com situações de vida e condições de saúde ou doença que melhor desenharão estes princípios que irão definir os limites de temas pela problematização do ensino.” (p.44)¹⁷

Elias e Vieira afirmam que “*adotar as práticas supervisionadas, desde os primeiros dias de escola médica certamente aumenta as possibilidades de mais encontros, mais observações e maior reflexão sobre os padrões de saúde e doença vivenciados.*” (p.45) ⁷⁶ Estes mesmos autores chamam atenção para o fato de que “*o maior desafio para a formação médica na atualidade consiste em buscar compatibilizar necessidades e requisitos da vertente científica e da tecnológica com os da arte médica.*” (p.46) ⁷⁶

Serão as atividades realizadas durante as aulas práticas do PCSS I uma forma de compatibilizar tais necessidades?

Essa proposta de ensino e aprendizagem muito se assemelha a abordagem proposta por Vygotsky, que relaciona o aspecto biológico, histórico e social do homem. Para ele o homem, uma vez inserido na sociedade, deve ter sua abordagem orientada “*para os processos de desenvolvimento do ser humano com ênfase da dimensão sócio histórica e na interação do homem com o outro no espaço social.*” (p.3) ⁸³ Para Vygotsky o meio social é a alavanca tanto para o desenvolvimento quanto para a aprendizagem. Essa sua perspectiva é conhecida como sócio- interacionista, sócio-cultural ou sócio-histórica. Para ele não basta ter o aspecto biológico da espécie para conseguir realizar uma tarefa, o indivíduo deve participar de ambientes e práticas que propiciem a aprendizagem. ⁸³

Vygotsky concebe que o indivíduo, em sendo um ser pensante, vincula sua ação com a representação de mundo própria de sua cultura, e que o espaço escolar é o local em que esse processo é vivenciado, envolvendo a interação entre sujeitos no processo ensino-aprendizagem. Para ele, cabe ao educador a função de mediador entre o aluno e o mundo. ⁸³

Este aspecto nos remete a autores como Freire, Valla e Ayres. O primeiro nos ensina que o aluno traz um conhecimento que deve ser valorizado e, a partir deste deve-se construir o processo de ensino e aprendizagem. ²⁹ O segundo fala da importância de “*articular os pontos de vista dos diferentes sujeitos*” (p.582) ⁸⁷, o chamado ‘terceiro conhecimento’. Neste tipo de conhecimento o senso comum e o conhecimento científico passam por um processo de estranhamento e articulação para, a seguir formular novos parâmetros. ⁸⁸

E, finalmente, o terceiro nos recorda que o médico deve ter a função de disponibilizar os recursos técnicos a fim de alcançar o sucesso desejado. Para isso é preciso compartilhar o que não era conhecido pelo outro (médico e sujeito de seu cuidado) levando a uma “*fusão de horizontes*”. (p. 178) ⁴¹

Os alunos do quinto ano de graduação que participaram do grupo focal relataram que a profissão médica está relacionada ao cuidado com o ser humano, apesar de Colares, em seu estudo, afirmar que no final da formação os estudantes de medicina passam a considerar o desejo humanitário secundário, e a visão tecnicista é que prevalece.⁷⁴

Essa opinião, verbalizada pelos referidos estudantes, terá sido influência do processo vivenciado por eles nas aulas práticas do PCSS ou será o perfil dos futuros médicos de um modo geral?

A experiência relatada pelos entrevistados a respeito das aulas práticas do PCSS I foi, sem dúvida alguma, um momento em que todos se perceberam fazendo parte de um cenário bastante diferente do que estavam acostumados e que os possibilitou desenvolver, de forma bastante experimental, o lado da arte médica. Durante essas atividades, mesmo *“sem qualquer clareza de consciência”* (p. 89)⁸⁹, começaram a construir sua identidade profissional relacionada aos valores sociais.

Estes estudantes tiveram a oportunidade de construir tal identidade num cenário que considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, a atenção básica.

Elias e Vieira chamam atenção para o fato de que para que se consiga formar profissionais com tantos atributos, como o caso do profissional da saúde, é necessário que o ensino fundamental e médio participe desse processo, assim como é necessária também, a *“adoção de valores sociais fundadores da cidadania, para sustentarem e estimularem a formação desse tipo de profissional.”* (p.46)⁷⁶

Rego nos ensina que o processo de formação do profissional, no caso o médico, se dá através da socialização profissional, que segundo esse autor, é um caso de socialização secundária, onde os conteúdos da socialização primária se relacionam com a inserção do indivíduo na sociedade e com a construção de sua personalidade. A socialização primária, segundo Rego, ocorre na infância e se relaciona com a fase em que o indivíduo se torna membro da sociedade. Os pais são os principais agentes dessa socialização, e seus mundos são a única realidade existente. A socialização secundária é uma fase posterior e, portanto, traz consigo os conteúdos da socialização primária, além de ocorrer a interiorização de submundos e culturas relacionados à divisão do trabalho.⁹⁰

A socialização profissional inclui um aprendizado direto e indireto. O aprendizado direto se dá através do ensino didático, enquanto o secundário é adquirido através do *“contato com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe”*. (p.45)⁹⁰ Neste

sentido, o envolvimento dos alunos de forma contínua com a comunidade, com os colegas estudantes, e com a equipe de PSF durante as aulas práticas do PCSS, é capaz de promover uma aprendizagem indireta.

O SUS traz grandes desafios no que concerne à política de recursos humanos. Estes desafios não estão restritos ao setor saúde, uma vez que as questões dos valores de nossa sociedade influenciam diretamente na formação e na gestão do trabalho.

Questiona-se então:

- Como exigir que o médico esteja empenhado no cuidado com a vida se, desde seu ingresso nas IES o ensino e as práticas profissionais não estiverem voltados para esse cuidado?

- Como exigir que o médico saiba trabalhar em equipe quando a autonomia não só é estimulada como cobrada? O “bom médico”, no senso comum, é aquele que tudo sabe, solicita exames diagnósticos sofisticados e prescreve medicamentos de última geração.

Campos *et al.* trazem à discussão que, através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), cujo objetivo é “*apoiar a promoção de mudanças nos cursos de graduação e portanto no perfil dos profissionais de saúde, com vistas a atender às reais necessidades de saúde da população brasileira*” (p.26) ⁹¹, é possível haver um “*equilíbrio entre a relevância social e a excelência técnica tanto na formação quanto na atenção à saúde.*” (p.30) ⁹¹

Estes autores afirmam que

“Na medida em que se consiga uma sintonia entre a formação profissional e o SUS pode-se aprimorar a qualidade dos serviços prestados de forma mais humana e integral. Tais ações representarão, a médio prazo, redução de custos evitando exames e tratamentos desnecessários. Para tanto, deve-se ter em mente que a atenção básica, como porta de entrada do paciente, não exclui ou minimiza o desenvolvimento científico e tecnológico num contexto humano e ético, na busca de equidade e efetividade de uma prática marcada por excelência técnica e relevância social.” (p.30) ⁹¹

Outra dimensão da mesma temática ora em análise é a relação entre ensino e cidadania como expressam as falas que seguem, enfatizada como um requisito essencial para que, de fato, a saúde seja um direito e um princípio de cidadania:

“A gente aprende não só como médico, mas como ser humano também.” E5

“Eu acho que a formação de um médico, não só como médico, mas como pessoa também, depende muito do contato que ele tem com o paciente, depende muito do contato que ele tem com aquela visão mais humana, sabe? (...) eu acho que o que a gente atua dentro do posto é muito válido (...) vai aprendendo a lidar mais com pessoas.” E6

“As atividades práticas do PCSS, eu acho que... elas me ensinaram muito, não só o conteúdo, mas material para minha vida, e perceber a condição do ser humano mesmo, da sociedade que ele tá inserido, e do meio ambiente que ele vive, que eu acho muito importante.” E4

Os entrevistados também fizeram outra observação que diz respeito à importância da construção de uma relação intersubjetiva entre o médico e o sujeito de seu cuidado.

“A gente vê que hoje em dia a coisa é muito mecânica (...) eu acho que você tem que perguntar como vive (...) eu tenho que tentar ir quebrando essa parede aos poucos para poder chegar ao paciente...” E11

“Tem que levar muito pro lado humano, assim...não pode ser uma coisa fria(...) vale a pena você ter um histórico da pessoa, porque, às vezes, nesse histórico, numa historinha que ela te contou do dia-a-dia, às vezes você consegue descobrir o ponto chave do problema e evitar, por exemplo, aquele monte de remédio, que ela passe por vários especialistas, entendeu?” E3

“Eu acho que a formação de um médico, não só como médico, mas como pessoa também, depende muito do contato que ele tem com o paciente, depende muito do contato que ele tem com aquela visão mais humana, sabe? Não automatizada de... aquela rotina mesmo de hospital... eu acho que deveria ser mais com comunidade, assim... e o que a gente vê muito hoje em dia é o médico que é muito assim... que é muito automatizado, que não tá nem aí para o paciente.” E6

Esta preocupação dos alunos vem de encontro aos estudos de Ayres ⁴¹. Este autor nos ensina que,

“Encontrar os sujeitos, esses seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história, está no centro de todas as propostas renovadoras.” (p.21) ⁴¹

Para Ayres, “*o saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos.*” (p.26) ⁴¹ Segundo ele, esse movimento de encontro dos sujeitos e seu mundo se referem ao que o autor chama de um *sucesso*, traduzido por uma situação de felicidade, onde estão incluídas as dimensões éticas e estéticas, não ficando restrito ao êxito técnico. ⁴¹ Talvez, não por acaso, alguns dos estudantes se referiram à saúde como *felicidade*.

Campos *et al.* se referem às necessárias mudanças na formação em saúde como um caminho a ser construído em conjunto com toda a sociedade, e que seus resultados não serão percebido a curto prazo.

“O processo de mudanças nas graduações de saúde é complexo, e certamente poderá ser mais bem apreciado em médio prazo, quando as dificuldades iniciais de implementação tiverem sido superadas. Não há dúvidas que mudanças dessa magnitude serão resultado de esforços persistentes de todos os envolvidos, gestores, trabalhadores, estudantes, docentes e comunidade. Construir uma nova prática cujo significado possa ser percebido como melhoria de qualidade de

Sistema Único de Saúde, mais em foco, para seus usuários, é o grande desafio motor desse movimento.” (p.35) ⁹¹

6. 5 Saúde e Promoção da Saúde

Os alunos trazem um conceito de *Saúde* que não está relacionado apenas à cura de doenças. Todos eles se referiram à saúde numa dimensão ampliada.

Mais da metade dos entrevistados relacionou *Saúde* com felicidade, estar bem consigo mesmo e integração entre corpo e mente, ou seja, com os aspectos mais subjetivos. Um deles referiu-se à *Saúde* a essa integração corpo e mente, enquanto outro tem como conceito de *Saúde* a felicidade. Cinco estudantes associaram a outros fatores tais como bem estar social/harmonia entre as pessoas. E, um estudante relacionou com fazer escolhas saudáveis. Este último enfatizou a dificuldade em se fazer tais escolhas, porém relatou que pequenas mudanças no dia a dia podem repercutir de forma impactante na saúde.

“saúde pra mim é um estado que você está, que você está se sentindo bem... e também o fato de você levar uma vida saudável... é quando você está se sentindo bem tanto emocionalmente, como fisicamente, não tá sentindo nenhuma dor e, assim... fazendo tudo para seu organismo não ficar doente também, né?... Eu acho que a gente deve fazer uma coisa que é muito difícil... que é optar por uma vida mais saudável... poucas coisas, são atitudes que você muda que realmente podem ter um grande resultado. E isso tudo é um caminho longo...” E5

É importante a percepção de que as escolhas saudáveis nem sempre são facilitadas, mas também sair do discurso que leva ao entendimento de uma possível culpabilização dos sujeitos do cuidado ainda tão presente na fala dos profissionais de saúde.

No grupo focal pôde ser observado que o conceito de saúde que os participantes têm se modificou desde seu ingresso na IES, segundo seus relatos. Atualmente, os determinantes sociais da saúde exercem um papel de destaque.

“O meu conceito de saúde hoje já não é mais o que era considerado antes: a ausência de doença (...) está muito mais ligado a não só o corpo, mas ao ambiente que envolve a pessoa, todas as relações que a pessoa tem com o meio externo, entendeu? (...) saúde está ligado não só aos processos internos, mas a outros fatores como o saneamento, o lazer, a alimentação (...) todos os problemas intrínsecos a nossa sociedade.” G2

“Tem todo um lado social, tem um contexto social que influencia na pessoa que tem que ser considerado saúde também.” G6

A noção de bem-estar se faz presente desde o final do século XIX, quando as condições de vida dos trabalhadores foram abaladas por uma crise econômica e o Estado passou a interferir nas forças do mercado garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, saúde, educação e habitação.⁹² Viana e Levcovitz trazem à tona a questão de que com o advento da industrialização e a formação dos Estados Nacionais, surgiram sistemas de proteção social onde o Estado “*visa proteger os cidadãos contra os riscos econômicos e eventos inesperados.*”(p.21)⁹³ Nesse sentido buscava-se um bem-estar da sociedade a partir de um senso de solidariedade. Era o chamado *Welfare State*.⁹³

Minayo, a partir das ciências sociais, considera que “*a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais*” (p.177)⁶⁷. Colares afirma que para essa autora, “*o binômio saúde-doença revela a realidade social a qual foi construído*”(p.18)⁷⁴, portanto é necessário entender o contexto cultural, político e econômico em que vivemos.

A partir da década de 80 o conceito de saúde vem sendo relacionado com qualidade de vida. Esta relação, porém se faz presente desde o século XVIII, com o nascimento da Medicina Social⁹⁴, mas ainda hoje os profissionais da saúde tem dificuldades para sua implementação nas ações cotidianas no interior dos serviços de saúde.

Coutinho e Franken afirmam que os conceitos de qualidade de vida, saúde total, bem estar e estilo de vida saudável estão interligados e possuem dimensões similares. As dimensões, por eles apontadas, são: a social, emocional, física, mental ou intelectual e, a espiritual.⁹⁴

A dimensão social está relacionada com a família e com os amigos. A dimensão emocional diz respeito à autoconfiança, à maneira de lidar com situações estressantes e, sobretudo, com a aceitação de suas limitações. A dimensão física relaciona-se com hábitos saudáveis de vida, incluindo alimentação saudável e prática de atividade física. A dimensão mental ou intelectual, por sua vez, se relaciona a cognição, discernimento crítico e incremento de conhecimento pessoal. E, por fim, a dimensão espiritual relaciona-se com a transcendência humana.⁹⁴

Dois estudantes conseguiram fazer uma síntese dessas dimensões em suas falas:

“Eu acho que, em primeiro lugar, saúde é você estar bem com você mesma. Eu acho que quando você está bem com você mesma... Tudo bem ah, você tem os seus problemas mas você consegue facilitar muito aquilo na sua vida. Eu acho que, em primeiro lugar é você estar bem com você mesma, com as pessoas que estão ao seu redor... entendeu? Eu acho que é isso que é importante, às vezes a pessoa tem uma

excelente qualidade de vida, mas não é uma pessoa feliz, não é uma pessoa que está bem com ela, está sempre achando alguma coisa errada...” E3

“Saúde é um conjunto de fatores, né? Sociais, físicos, psicológicos... você tem que estar bem fisicamente, psicologicamente, bem inserido na sociedade para você ter uma saúde plena... Você tem que lidar com a saúde não só física e mental, como com a saúde social da pessoa.” E7

Apenas um estudante relacionou, em sua fala, *Saúde* com bem estar ambiental:

[para ter saúde é preciso] “cuidar do meio ambiente,... da relação com as pessoas, um indivíduo inserido numa sociedade que o receba bem, acho que tudo isso é importante para manter uma saúde tanto física quanto mental.” E4

Três entrevistados se referiram à *Saúde* como o equilíbrio entre bem estar e ausência de doenças.

“para mim saúde é como se fosse o equilíbrio da pessoa, que às vezes você tem consigo mesmo, entendeu? E ausente de alguma coisa que impedisse ela, o bem estar dela, ou que ela pudesse fazer alguma coisa.” E2

Foi observada uma contradição na fala de dois dos entrevistados quando foram questionados a respeito do que deve ser feito para se ter saúde. Um deles enfatizou que devemos nos manter afastado dos perigos.

“Para ter saúde eu acho que... a gente tem que ficar protegido de todos os perigos.” E4

Enquanto outro aluno enfatiza que problemas vão existir sempre, porém a estrutura que o indivíduo possui em seu entorno será determinante para o enfrentamento dos mesmos.

“Eu acho que, em primeiro lugar, você deve ter uma condição mínima de alimentação balanceada... tem que ter uma família estruturada. Se não tiver uma família estruturada tem que ter um círculo de amigos estruturados, com as pessoas que tenham carinho com você... assim... conflitos vão rolar sempre, mas esse ambiente saudável precisa acontecer. E também você ter hábitos, tipo, você fazer um esporte, praticar atividade física... você tem que pegar em vários setores da sua vida e fazer o melhor possível para você ter saúde.” E7

O modelo explicativo da saúde/doença de Lalonde traz a discussão de que a doença não é fundamentada apenas no fenômeno biológico. Ele associa quatro componentes a esse processo: a biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência. São os chamados determinantes da saúde.

Um entrevistado revelou, embora de forma ainda não muito clara, a relevância do profissional estar atento para a dimensão ampla da saúde para que esta não fique reduzida somente ao aspecto físico, destacando a importância de equilibrar os vários componentes aí incluídos, conforme já analisado neste capítulo:

“Eu sempre tive esse conceito ligado a bem estar, mas hoje em dia a gente vê que nem sempre que a pessoa se sente bem ela está saudável. Então eu acho que são os dois. A pessoa para se manter saudável, mesmo que esteja bem ela tem que estar preocupada, procurar um atendimento... vai além do bem estar. A pessoa que não se sente bem mesmo que ela esteja, vamos dizer assim, que ela faça um *check up*, mesmo que esteja tudo bem, se ela não estiver se sentindo bem ela não está saudável certamente.” E1

Esses pontos de vista observados na fala dos alunos do segundo e do quinto ano de graduação em medicina são de extrema importância, uma vez que a necessidade de uma maior sensibilidade do médico diante do sofrimento da doença do sujeito de seu cuidado é considerada como “*responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico*”. (p.141) ⁹⁵ Segundo Caprara e Rodrigues, para autores como Gadamer e Wulff, Pedersen e Rosemberg “*o desenvolvimento dessa sensibilidade e sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio para a biomedicina do século 21*”. (p.141) ⁹⁵

A promoção da saúde foi avaliada, pelos alunos, como sendo uma atitude coletiva que repercute na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Ressaltaram, no entanto, que ela também pode ser realizada em nível individual, em situações que promovam uma melhoria da qualidade de vida de um indivíduo em determinado momento de sua vida.

“Promoção é mais coletivo, não é só do indivíduo.” G3

“Promoção eu acho que é qualquer coisa que seja feita no meio coletivamente que venha aumentar a qualidade de vida da pessoa.” G2

O grupo ponderou que as ações de promoção da saúde não têm um resultado pontual, fazem parte de um processo no qual estão incluídas ações de educação em saúde, ações governamentais, além de escolhas individuais.

“Além da educação em saúde, a promoção da saúde está ligada a (...) ações que os agentes governamentais têm que tomar para tornar aquele ambiente saudável para a pessoa. Além dela aderir aos hábitos que você está ensinando, também sempre tem o investimento em infra-estrutura para promover a saúde.” G2

De certa forma conseguiram abordar as estratégias fundamentais da promoção da saúde propostas pela Carta de Ottawa em suas falas: a defesa da saúde, quando citam os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos; a capacitação, quando falam sobre ambientes saudáveis, acesso a informação e ter a oportunidade de fazer escolhas mais saudáveis e, indiretamente, sobre a mediação, quando afirmam ser função do profissional de saúde contribuir, de alguma forma, nos conflitos existentes na sociedade que interferem na saúde das populações.

Para que essas estratégias sejam alcançadas, a referida Carta de Ottawa propõe cinco campos de ação: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, e a reorientação do sistema de saúde. ⁴

Dos cinco campos de ação apontados pela referida Carta para a atuação, os entrevistados citaram, em seus discursos, três deles, a saber: a importância de formulação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais.

Outra questão que surgiu no grupo foi em relação ao acesso. Para os integrantes do grupo não adianta orientar os indivíduos sobre a importância de hábitos saudáveis de vida se estes não tiverem acesso aos mesmos. As escolhas tomadas também são influenciadas pela possibilidade ou não de acesso, evidenciando na prática, o modelo de camadas proposto por Dahlgren e Whitehead.

“Não adianta você falar para uma mãe que tem criança pequena e casa que tem que praticar exercício físico todos os dias (...) se não tiver uma creche que ela possa ter acesso (...) não adianta você dizer que tem que comer legumes, fruta, carne... se a pessoa não tem acesso aquilo, não vai aderir. Não vai fazer. Então eu acho que faz parte também dar os meios dela conseguir.” G1

Os entrevistados fizeram distinção entre o que seria considerado prevenção e o que seria considerado promoção da saúde da seguinte forma:

“Eu acho que a prevenção é voltada assim... eu vou prevenir tais agravos a saúde. Promoção, ela visa promover no indivíduo como um todo, não voltando para alguma patologia que ele possa vir a desenvolver. É para que ele mantenha o estado de saúde.” G6

Os conceitos de *Promoção da Saúde* e de prevenção de doença apresentam certa confusão em seus limites. Czeresnia define a prevenção como a antecipação de um acontecimento, no caso a doença. Já a promoção remete a uma ampliação do olhar, pois o foco não é algo a ser evitado, como a doença, e sim algo a ser alcançado, fomentado, no caso o bem-estar, a saúde. ⁵³ Essa confusão conceitual, embora pareça irrelevante, traz uma limitação para pensar em termos da dimensão metodológica da promoção da saúde.

Um dos entrevistados referiu-se a essa freqüente confusão entre os conceitos, mas a definição de promoção da saúde dada por ele conseguiu alcançar sua real dimensão, ao destacar um trabalho com possibilidades coletivas:

“Aí vem as coisas que me confundem: promoção e prevenção. A promoção da saúde eu acho que é você realizar trabalhos dentro de uma região e esses trabalhos culminem para um bem-estar daquela população.” E7

A confusão dos conceitos se fez presente em muitas das falas dos entrevistados. Apesar de terem incorporado a definição de saúde como algo mais amplo do que simplesmente a ausência de doenças, não conseguiram articular em suas falas de que maneira alcançar essa saúde voltam-se sempre para a doença.

“[promoção da saúde] são medidas que tentam, assim... medidas que a gente faz para promover... saúde, né? Tipo campanhas de aleitamento materno. Eu acho que promoção da saúde a gente faz uma campanha para... educação e saúde antes da doença se instalar, entendeu? Para gente mostrar para a pessoa adquirir bons hábitos”. E4

“Promoção da saúde é como você fazer um auxílio a pessoa para evitar que ela contraia uma doença, alguma coisa que ela tenha um bem-estar social, um risco de vida, sabe? Uma vida saudável, uma qualidade de vida muito boa. Prevenindo, assim, no caso doenças crônicas, essas coisas, evitando...” E2

Outro aspecto muito observado foi a relação direta que os estudantes fizeram entre promoção da saúde e educação em saúde. No depoimento que segue, esta relação se aproxima de uma compreensão da educação em saúde descontextualizada e que não considera o saber do outro, no sentido de instrução ou educar a quem ignora.

“Promoção da saúde eu entendo como uma maneira de você instruir a população... Tá ajudando as pessoas que não têm noção dos vários tipos de prevenção. Então para mim, promoção da saúde é você orientar a todo o país a importância de certos tratamentos, de certas situações que levam à saúde, coisas comuns à sociedade que levam você a ter saúde, tipo vacinação, auto-exame de mama... essas coisas.” E5

Um dos entrevistados trouxe um conceito vago de promoção da saúde, porém articulou medidas individuais e medidas para o coletivo:

“Para mim, promover a saúde é você... promover o bem-estar pras comunidades... pras pessoas...” E3

Chamou atenção o fato de quase a metade dos entrevistados do segundo ano de graduação ter trazido em seus conceitos de promoção da saúde a questão do *behaviorismo*, onde a presença de doença estaria ligada ao comportamento adotado pelas pessoas.

O Relatório Lalonde, referência para a moderna *Promoção da Saúde*, preconizou ações que fossem capazes de “*intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis*”. (p.1089) ⁹⁶ Este Relatório, porém, relaciona o processo saúde-doença a outros três componentes além do estilo de vida: a biologia humana, o ambiente e a organização dos serviços de saúde. Entretanto, alguns autores têm chamado atenção para o fato de que intervenções com base apenas na perspectiva comportamental individual (*behaviorista*), têm servido para disfarçar as iniquidades sociais, levando a uma

culpabilização das vítimas (“*blaming the victims*”).⁹⁶ Ou seja, é imputada às vítimas a responsabilidade de algo que está fora de sua governabilidade.⁴²

Essa tendência ao *behaviorismo* pôde ser vista na fala dos alunos como se vê abaixo:

[promoção da saúde] “está muito ligado ao dia a dia, a questão da alimentação saudável, evitar tóxico, né? E1

[promoção da saúde é] “disponibilizar um meio de... um meio que beneficie a saúde do ser humano. Acho que campanha mesmo que se faz, entendeu? Não de vacinação não. Campanha... por exemplo, contra drogas, contra prostituição... acho que é mais por aí.” E6

[promoção da saúde] “são palestras que a gente dá para passar algum conhecimento para a pessoa, o que ela deve fazer o que não deve...” E9

Outros levantaram a questão da culpa, diretamente, em suas falas, quer seja para responsabilizar os indivíduos, quer para isentá-los de responsabilidade:

“... se aquilo que ele está tendo é consequência do estilo de vida que ele tem, [ou] se ele mora num lugar ruim, da água que ele bebe que é ruim, não é tratada... ou se é um descuido dele...” E2

[promoção da saúde] “é tudo que você pode fazer para levar a isso [viver da melhor forma possível]. É ter uma vida mais saudável, mais tranquila... eu acho que uma pessoa que desenvolve uma doença ou predisposta, assim... eu acho que não é uma pessoa que tem uma serenidade, uma tranquilidade durante a vida.” E8

Alguns entrevistados, ao falar da culpa, se referiram ao aprendizado que tiveram durante as aulas do PCSS, que os ajudaram a ver sob outro ângulo a doença que se instala numa determinada pessoa:

“O PCSS me ajuda... a ver que a doença não é instalada simplesmente por causa de um descuido do paciente, né? Pode ser que o problema esteja no meio ambiente, e não no paciente, né? Então eu acho que, nesse ponto, principalmente no primeiro ano o PCSS leva a gente a pensar, assim... mais na culpa da sociedade e do meio ambiente do que no próprio paciente para ter a doença, né? Então assim, a principal mensagem que o PCSS deixa na cabeça da gente é: primeiro que é para pensar no que tá fora, depois a gente pensa o que tá no paciente, porque ele tá inserido num contexto muito difícil, assim... de vivência.” E4

“Quando eu cheguei na favela(...) isso me tocou, é claro. Você olha aquela pessoa com olhar diferente, assim... que se ela tem uma rotina se ela tem um problema, se ela fuma ou se ela bebe... você vê ela com outros olhos, porque às vezes a culpa não é dela, é do meio que ela vive, né? Aí você começa a ver outras saídas, outras culpas, outros culpados por aquilo. Eu achei muito importante estar lá.” E5

Rabello afirma que, para que o discurso da promoção da saúde seja, de fato, libertador, é necessário que ocorra uma mudança institucional, onde a abordagem não pode ser centrada no indivíduo. Ela diz que:

“...a promoção da saúde deve ser entendida como a possibilidade de conferir *empowerment* às pessoas para que desenvolvam controle e responsabilidade sobre suas saúdes. Para que haja *empowerment*, é necessário ter consciência crítica sobre assuntos patogênicos da sociedade e estruturas, poluição, iniquidades econômica e sexual; organização em torno de temas sociais identificados por diferentes grupos em desvantagens e outros ‘consumidores de saúde’ como riscos à saúde.” (p.81) ⁴²

Essa questão foi evidenciada por um entrevistado:

“Acesso a educação, saneamento básico, uma boa alimentação, atividade física... são coisas gerais que você pode fazer para melhorar a vida da pessoa, né? Conhecimento que você vai passar para aquela pessoa em relação a sua vida... é uma coisa assim, simples, que você pode melhorar muito a qualidade de vida da pessoa. Acho que isso é promover a saúde.” E3

A *Promoção da Saúde* envolve a população como um todo e suas ações são voltadas para a os determinantes sociais. Ela objetiva a efetiva participação social, combina métodos e abordagens diversos, e é uma atividade do campo social e da saúde. ⁹⁷

Segundo Sícoli e Nascimento, para que sejam consideradas iniciativas de promoção da saúde, tais iniciativas devem ter como princípios o empoderamento, a concepção holística, a participação social, a intersetorialidade, a equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. ⁸

O empoderamento diz respeito à disseminação de informação para a tomada de decisão, ou seja, refere-se à capacitação dos indivíduos e comunidades a fim de que estes possam assumir um controle maior sobre os fatores que interferem em sua saúde. A concepção holística pressupõe que essas iniciativas contemplem o ser humano em todas as suas dimensões: física, mental, social e espiritual, envolvendo o conceito ampliado do processo saúde-doença. O conceito de intersetorialidade está ligado a uma articulação entre diferentes saberes dos diversos setores sociais para enfrentar situações complexas. A participação social é um princípio que requer o envolvimento dos diferentes atores sociais em questão. Já a equidade, nos remete à dimensão moral e ética, uma vez que visa identificar diferenças injustas e evitáveis, priorizando-as. As ações multi-estratégicas requerem o desenvolvimento de políticas, mudanças nas organizações, desenvolvimento de comunidades, legislações e demais estratégias, combinando métodos e abordagens variadas. E, por fim, o princípio da sustentabilidade se refere à garantia de processos duradouros e que estejam em consonância com o desenvolvimento sustentável. ⁸

Estes sete princípios evidenciam que a promoção da saúde, conforme estabelecida na Carta de Ottawa, tem por objetivo o acesso universal à saúde e está em consonância com o princípio de justiça social. ⁸

A *Promoção da Saúde* resgata o conceito de que a doença é socialmente construída, trazendo à tona a influência dos fatores econômicos, políticos, sociais, culturais, emocionais, biológicos e outros na gênese das doenças. Sua prática visa diminuir a interferência da medicina científica, baseada no modelo flexneriano, que já se mostrou incapaz de dar respostas aos atuais problemas enfrentados pela humanidade quanto ao envelhecimento de sua população e às doenças crônico-degenerativas.⁴²

Há, portanto, que se discutir essas questões com os estudantes de medicina desde o início de sua graduação, pois sua prática é determinante no rumo que será tomado para se alcançar a saúde dos povos e nações. De um lado a tecnocracia, com seus encantos e seduzões, presente desde o pós- Segunda Guerra Mundial, de outro, as questões políticas e sociais envolvidas no adoecimento que nos fazem repensar todos os nossos valores éticos e morais enquanto pessoas e enquanto sociedade.

A *Promoção da Saúde* se insere justamente nesse ponto, visando um equilíbrio entre o que a tecnocracia pode trazer de benefício, sem deixar de lado as questões individuais.

Um entrevistado expressou a importância de ampliar o olhar do médico para além da doença, e falou da contribuição do PCSS em relação à sua formação, pois

“contribui para você enxergar além daquele indivíduo que tá ali na sua frente, enxergar toda uma história por trás, como que é o cotidiano dele, como que é a vida dele... e entender porque que ele tá te trazendo aquele problema. Entender como que chegou aquele problema para você. Eu acho que é essencial, essencial mesmo!” E3

Nesse sentido a *Promoção da Saúde*, enquanto qualidade de vida nos faz repensar a medicina como uma instituição social que demanda uma sociedade democrática e justa.⁴² Para tanto é necessário que a formação médica inclua o debate de tais questões junto a seu corpo discente.

6.6 O Programa Curricular Saúde e Sociedade

Todos os entrevistados referiram ter aprendido algo com as intervenções realizadas por eles durante as atividades práticas do PCSS I. Para muitos esse aprendizado foi realizado de forma lúdica.

O lúdico tem, a partir dos ensinamentos de Winnicott em estudo realizado por Pedroza, formas diferenciadas. Ele está presente tanto em crianças quanto em adultos. Esta autora se refere à brincadeira como sendo “*universal e própria da saúde, facilita o crescimento, desenvolve o potencial criativo e conduz aos relacionamentos grupais*”. (p.64)⁹⁸ Portanto, nada mais propício para um profissional da saúde do que ter em sua formação momentos lúdicos, onde o processo de aprendizagem possa ser construído por eles mesmos a partir de momentos prazerosos, possibilitando o desenvolvimento da criatividade e a vivência do trabalho em equipe.

Os estudantes comentaram a respeito de sua participação nessas atividades, onde o envolvimento deles se deu de diversas formas:

“Fizemos uma intervenção que foi super legal! Fizemos um teatrinho (...) A gente tava achando que eles nem iam prestar atenção (...) . A gente voltou de novo prá lá e era muito engraçado que eles lembravam de todos direitinho! (...) A gente acha que é só ir lá e falar: olha, você tem que escovar os dentes. Mas a gente não sabe que, muitas vezes, a criança não tem escova de dentes. (...) é bom porque você pensa nisso.” E3

“A gente aprende pra gente e ensina pras pessoas (...) foi bem divertido.” E4

Ao se olhar o trabalho, não só como modo de sobrevivência, mas também como fonte de prazer, cria-se um ambiente favorável à saúde não só do sujeito do cuidado como do próprio profissional da saúde, uma vez que na vida estabelecemos contato com diversas pessoas que influenciam nossos atos posteriores. No processo de trabalho em saúde essas relações estabelecidas “*influenciam e são influenciadas pelo emprego das diferentes tecnologias*.” (p.125) ⁹⁹ Abrahão afirma que “*ao considerarmos a micropolítica no processo de trabalho, reafirmamos nossa condição de sujeito que trabalha e é influenciado pelo seu trabalho*.” (p.128) ⁹⁹

O processo de trabalho em saúde relaciona-se diretamente com indivíduos e suas fragilidades. Nesse sentido, é importante que o trabalhador esteja motivado e sensibilizado, transformando suas ações de forma que suas funções não sejam exercidas de modo mecanizado. Sua produção deve estar comprometida com a qualidade e com a construção

de um bom vínculo, principalmente quando o resultado do trabalho depende de uma equipe e também dos sujeitos, foco da atenção.⁹⁹

A importância do trabalho em equipe foi evidenciada em algumas entrevistas, como citado anteriormente. No entanto, ainda existe dificuldade na construção desse processo de trabalho. Um mesmo entrevistado ressaltou a necessidade de o médico precisar saber trabalhar em equipe, entretanto, disse que um entrave para as atividades práticas do PCSS é a obrigatoriedade da participação, pois afirmou ser muito difícil trabalhar com pessoas que não estão interessadas nessas atividades. Para este aluno, os estudantes desinteressados acabam atrapalhando o desenvolvimento das atividades.

“Eu acho que acrescenta muito, porque cresce em conjunto, né? O trabalho do PSF em si é um trabalho em equipe. Então para a gente aprender a trabalhar em equipe... (...) eu vejo que tem um problema: que a gente às vezes trabalha em grupo com pessoas que não estão interessadas (...) Isso atrapalha.” E1

Um entrevistado, por outro lado, ressaltou a necessidade da participação de todos os alunos nessas atividades, mesmo os que não se interessam por elas.

“Todos os médicos deveriam ter contato com esse tipo de trabalho, mesmo que você discorde completamente (...) mesmo essa pessoa que odeia [esse trabalho], ela passa a ver com outros olhos.” E3

A estratégia de saúde da família surgiu como uma proposta de reorientação dos serviços de atenção à saúde, onde existe uma interação entre os agentes, permitindo “*construir um projeto assistencial com a equipe de trabalho*” (p.98)¹⁰⁰, em que sua atuação se volta para as necessidades de saúde dos sujeitos. Essa estratégia, portanto, demanda uma atuação multidisciplinar e uma visão diferenciada das relações de poder vigentes, em que a equipe, não apenas o profissional médico, participa nas decisões que afetam a saúde dos indivíduos e suas famílias.¹⁰⁰

A função da estratégia de saúde da família é garantir o acesso e cuidado integral. Esse é entendido como “*o encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, vínculo, respeito e dignidade*”. (p.1055)⁸⁶ Uma vez que todos os profissionais, nessa outra lógica de atenção à saúde, estão envolvidos no cuidado aos sujeitos, todos devem igualmente participar de atividades que permitam ter a real dimensão de seu trabalho.⁸⁶

Os integrantes do grupo focal, alunos do quinto período de medicina no momento da pesquisa, iniciaram suas explanações sobre as atividades práticas do Programa Curricular Saúde e Sociedade I fazendo um balanço sobre o próprio PCSS. Começaram

levantando a questão de que a turma deles, em 2005, foi a primeira a ter aulas de PCSS e avaliaram que em determinados momentos os preceptores pareciam estar sem rumo, o que impediu uma condução de forma mais adequada, acarretando uma descontinuidade das intervenções, o que os desmotivou. Ressaltaram, entretanto, que puderam perceber algumas modificações que vêm sendo feitas ao longo dos anos. Estas modificações, segundo eles, aprimoraram o programa.

“Foi frustrante (...) quando a gente estava conseguindo fazer alguma coisa... mudava de assunto. Nós pegamos o começo do PCSS, então eu acho que ninguém estava sabendo mesmo como levar a gente (...) não tinha continuação.” G 6

“No PCSS I (...) a gente estava aprendendo mais os determinantes ambientais, né? Então a gente estava indo conhecer o posto e conhecer as micro áreas. Então nesse processo de conhecer as micro áreas, a gente estava vendo mais os macro determinantes mesmo, como era a área de saneamento, o acesso, meio de transporte e tal...” G1

“Eu acho que foi bem frustrante, eu fiquei bem desanimada, porque toda atividade que a gente começava a gente não terminava, não chegava até o final.” G5

“Foi ficando melhor. Eu acho que já mudou bem o PCSS I, não é mais igual ao nosso. Ele é diferente já. Eu acho q cada vez vai ser mais gratificante para o pessoal.” G6

Outra crítica que surgiu durante o grupo focal foi em relação ao espaçamento das atividades, uma vez que as aulas práticas são realizadas a cada quinze dias.

“Uma das coisas que me incomodavam no PCSS é que a gente chegava lá disposto a fazer muitas coisas, a aprender, a ensinar, mas... a gente tinha aula de 15 em 15 dias, eram muito espaçadas.” G4

Em relação, especificamente, às atividades desenvolvidas por eles durante as aulas práticas, os participantes do grupo focal refletiram que, apesar de ter havido um lado frustrante, eles puderam obter um ganho, uma vez que, como profissionais de relação ³⁰, faz parte de seu processo de trabalho a criação de vínculo com o sujeito do cuidado.

“Eu acho que ao mesmo tempo que teve essa questão da decepção, de não conseguir dar continuidade, eu acho que a gente teve um contato muito diferente (...) de contato com paciente e tal. Então o PCSS eu acho que era uma oportunidade muito legal.” G1

Essa nova forma de abordar a formação médica, levando-se em conta o processo saúde-doença na dimensão proposta a partir da Carta de Ottawa, é um processo ainda em construção e como tal, traz diversas dificuldades inerentes a essa fase de construção.

A inclusão dos determinantes sociais da saúde na formação médica tem sido um desafio para as instituições de ensino superior. A IES em análise optou por apresentar ao estudante do primeiro ano de graduação a comunidade que ele iria atuar. O objetivo era

compreender a estrutura, dinâmica e os fatores sócio-ambientais que interferem no processo saúde-doença. Após essa etapa, a escolha feita foi por trabalhar com os grupos populacionais prioritários, segundo o Ministério da Saúde – criança, mulher, gestante, idoso, adolescente - o que gerou uma insatisfação por parte dos graduandos.¹⁰¹

Outro ponto enfatizado pelos alunos do quinto ano foi a reflexão de que o aprendizado que tiveram com as atividades práticas do PCSS I só foi percebido por eles no decorrer da graduação, pois no ano que estavam cursando não ficou clara a importância de tais atividades.

“Eu acho que a gente não conseguia associar, naquela época, que uma água podia associar a hepatite, então a gente fazia o que mandavam, mas sem entender muito bem por que.” G6

Esta questão é colocada por Davini quando evidencia as tensões existentes entre o padrão tradicional de ensino e experiências que buscam uma ruptura com este padrão, levando-se em conta as vivências do estudante e adotando-se uma metodologia fundamentada no diálogo. Ela chama a atenção, no entanto, para o fato de que é necessária uma reflexão teórica e uma sistematização desse processo, que deve ser realizada por ambos, docentes e alunos, caso contrário, corre-se o risco de haver uma ênfase apenas no diálogo, não o enriquecendo com aportes científicos, o que pode comprometer o processo de ensino e aprendizagem. Para ela, mais importante do que a forma como é ensinado - através do diálogo ou através da transmissão de informação -, é perguntar-se como se aprende. Ou seja, quais são os movimentos internos realizados pelos sujeitos para aprender.

102

É necessário, portanto questionar-se sobre esses dois componentes: a forma de pensar dos estudantes e sobre a estrutura do conhecimento a ser assimilado. Não existe uma fórmula adequada para responder a tais questionamentos, no entanto, a busca por essas respostas irá conduzir a um verdadeiro processo de ensino e aprendizagem.¹⁰²

Os alunos participantes do grupo focal ressaltaram também, a importância de vivenciarem as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos em seu cotidiano para repensar a prática médica.

“Você está ali lidando com a sociedade em geral... você está vendo que é uma sociedade que tem dificuldade... (...) a gente chegou a pensar numa senhora obesa, hipertensa, subir aquela escadaria toda para chegar ao posto...” G4

“Você estar vivenciando as dificuldades, são coisas que você sabe que acontecem e tal, mas você vendo aquelas coisas acrescenta muito, e a importância da disciplina

(...) não de estar buscando resultado ali, mas de estar acrescentando conhecimento, esses conceitos que a gente nem sabia.” G5

Estes alunos ainda fizeram um balanço em relação aos cinco anos de graduação e resumiram seu aprendizado nesse período:

“Em relação ao PCSS, eu não sei te dizer se só o PCSS I, mas todo o programa do PCSS, hoje a gente já no quinto ano, eu vejo assim: em todas as matérias você faz assim: Ah! Você tem a doença, você trata a doença, você fica muito focado naquilo. (...) O PCSS dá muito essa visão pra gente, é a única matéria que dá essa visão para gente de lembrar do resto todo, do indivíduo como um todo.” G6

“O conceito de acolhimento da população, de como você vê ela mesma, de como pensar em tudo. É o único que abrange tudo, você olhar em volta.” G3

No decorrer do grupo focal surgiu uma reflexão sobre a anamnese que aprenderam nas aulas de clínica. Nessa reflexão foi reforçada a necessidade de se ter uma visão integral do paciente, pois a compartimentalização do ensino descontextualiza o aprendizado, e este passa a ser uma mera aplicação de ‘fórmulas prontas’, não fazendo sentido nem motivando o estudante. No entanto, quando esse estudante se recorda da experiência vivida durante as aulas práticas do PCSS I, ele consegue contextualizar as necessárias indagações para a realização da anamnese e tudo passa a fazer sentido. Dito de outra forma, a prática proporcionou uma facilitação do aprendizado teórico.

A articulação entre a teoria aprendida nas salas de aula e a prática profissional é fundamental para fazer sentido tanto o que está sendo aprendido quanto o que está sendo trabalhado. Nesse sentido Mendes Gonçalves afirma que,

“Se a descrição das formas empíricas imediatas assumidas pelo real fosse equivalente ao seu conhecimento, a ciência seria supérflua e, por outro lado, que o conhecimento que se afasta do empírico dado e se constrói exclusivamente através da operação conceitual abstrata é nulo enquanto conhecimento” (p.19) ⁴⁴

A respeito dessa temática, quando questionados sobre as aulas práticas em relação às teóricas, muitos dos entrevistados referiram que nas aulas práticas eles puderam se sentir úteis, ajudando as pessoas. Vale ressaltar que muitos optaram pela medicina, pois queriam, justamente, ajudar as pessoas. As atividades práticas do PCSS I possibilitaram, no entender de alguns, que essa ajuda fosse, efetivamente, realizada.

“a prática é muito mais importante porque você ajuda, entendeu? Você não tá travado, você se sente útil para poder ajudar as pessoas que estão precisando.” E2

“Eu não tinha nenhum, contato ainda com algum paciente, foi a primeira vez que eu... não era bem um paciente, né? Mas alguma pessoa que eu não conhecia e que eu podia contribuir, né? E8

Foi ressaltado que é preciso maturidade para compreender a proposta do PCSS, e de certa forma a própria realidade da prática em saúde, em especial a do médico, onde predominam ainda valores intrínsecos ao modelo hospitalocêntrico, ao lado da dificuldade de enfrentamento das questões colocadas pelos pacientes que os procuram em outro nível de atenção. Ayres sobre essa temática destaca que é necessário que se saiba “*lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro*” (p.29) ⁴¹

A expressão que segue denota de um lado, certo desapontamento pela não obtenção da adesão da própria comunidade que possa favorecer, inclusive, relações intersubjetivas e de acolhimento mútuo, mas de outro, a reflexão de que o médico deve saber lidar com essa situação.

“Faz parte do aprendizado aprender que o resultado nem sempre vem. Porque no outros cenários que você vai viver durante a faculdade, na maioria das vezes você vai vê o resultado. Você vive mais no hospital, você não fica muito tempo no ambulatório, para tratar, acompanhar o paciente muito tempo... você não vive muito isso. Quando você está no hospital você trata, melhora, pronto! Se não melhora morre. Tem o resultado ali. Já essa coisa de não ter adesão, não ter estrutura... isso a gente vai viver e tem que aprender.” G6

A frustração em relação aos resultados das intervenções propostas, pelos alunos, para as comunidades foi uma unanimidade. No entanto, houve um reconhecimento sobre o resultado positivo de tais intervenções para a formação médica.

“A disciplina não foi uma disciplina para você fazer uma intervenção com o objetivo de ver o resultado. (...) o proveitoso para gente é muito mais um lucro pessoal, de aprendizagem. Eu acho que toda aquela coisa que a gente achava mais ‘baboseira’ no início (...) o que ela traz para você pessoalmente de aprendizado é grande, não para a sociedade, mas para a pessoa, para abrir o horizonte, para você entender o conceito novo de medicina que tem hoje. Todo esse aprendizado que eu tive no PCSS desde o primeiro ano até hoje, no início eu achava besteira, mas hoje eu vejo que me ajudou muito.” G2

“Eu acho que você tem uma visão geral de tudo. Eu acho que dá uma base.” G4

Nesse sentido, é fundamental que a atuação dos alunos perante a comunidade não seja realizada antes de uma reflexão problematizadora onde temas como gestão social, articulação intersetorial, parcerias, alianças e negociação, por ex., sejam incluídos. Uma outra questão é a relevância da mudança conceitual e técnica que possibilite entre outros, a percepção dos próprios limites frente às realidades que se apresentam e a necessidade de diálogos entre pares e com os sujeitos foco do cuidado na busca de soluções compartilhadas.

Ao final do grupo focal, estudantes que haviam considerado pouco ganho em relação ao resultado das intervenções, sob a ótica da comunidade, passaram a encarar de

forma diferente considerando o impacto da visita domiciliar e o acolhimento, entre outros. Essa questão foi um ponto de discórdia, no entanto, pois um dos seis alunos manteve sua posição inicial. Esse foi um momento interessante do grupo focal, pois seus integrantes conseguiram analisar não só as intervenções que realizaram no PCSS I, como conseguiram fazer um *link* dessas intervenções com a atuação do profissional médico.

“Eu reforço meu ponto que a comunidade não tem ganho nenhum.” G2

“Uma coisa que eu acho que traz muito é assim: eles se sentem mais ouvidos, mais... porque o médico não pode fazer VD [visita domiciliar] a toda hora, e nós estamos indo na casa deles, levando eles para o posto... (...) Eu acho que isso é um retorno interessante para a comunidade também, eles se sentem acolhidos.” G1

“Eu também discordo de [G2], porque eu acho que para a comunidade a gente transformou [a USF], nada grande, mas eu acho que para algumas famílias que foram trabalhadas... (...), pequenos hábitos que individualmente foram importantes...” G6

“Foram informações que de pouquinho em pouquinho vai tendo benefício.” G3

Já os estudantes entrevistados e que haviam finalizado o PCSS I destacaram que as atividades práticas possibilitam que os alunos vejam o resultado.

“Eu fico pensando... será que elas captaram a mensagem mesmo? Mas eu acho que sim, porque depois nos nossos encontros a gente fez mais uma vez para testar (...) deu super certo, então, foi como uma prova para mim.” E4

“Na minha opinião, o que rende mais é a convivência, entendeu? A prática mesmo, o que você tá fazendo e vendo o resultado.” E2

Essa preocupação com o resultado pode denotar conflito entre o ensino predominantemente teórico, com os problemas concretos da prática ¹⁰³, e suscite nos estudantes a vontade de ver os resultados do que está sendo ensinado/aprendido, a fim de que não seja apenas mais um conteúdo sem aplicação na vida diária.

Alguns autores, segundo Tavares, “*ênfatisam o mérito dos saberes provenientes da prática, bem como a função educativa do trabalho*” (p.5) ¹⁰³. Daí a necessidade de orientar os currículos de modo que seja “*incorporada a produção do conhecimento resultante do processo de trabalho em toda sua dimensão*” (p.5) ¹⁰³. Essa mesma autora enfatiza a importância de incluir a experiência do trabalho no processo de formação, construindo uma relação pedagógica do homem com o ambiente. ¹⁰³

Pereira, Búrico e Carvalho ressaltam a importância de uma metodologia de formação de trabalhadores da saúde que leve em conta “*uma abordagem geográfica da realidade*”

(p.163).¹⁰⁴ Enfatizam ainda, que para que as práticas do cuidado sejam orientadas pela integralidade essa relação território, educação e saúde precisam ganhar destaque.

Estes mesmos autores citam Monken ao dizer que o território deve ser entendido e compreendido enquanto realidade social, e que o processo pedagógico deve ser iniciado “*partindo de uma apreensão predominantemente sensorial e sensível, através do conhecimento prático que nos faz vivenciar nossa relação com o mundo*” (p.164)¹⁰⁴, pois dessa forma é possível ao aluno construir uma percepção fruto de sua própria experiência, com base em “*sentimentos, argumentos confusos e raciocínios impulsivos*” (p.164)¹⁰⁴. Ou seja,

“É o espaço do ver imediato, do livre olhar e da primeira identificação. Um produto caótico, mas de máxima importância subjetiva, que reflete, em parte, a complexidade do universo ainda não percebido conscientemente. Essa peculiaridade é o que o torna riquíssimo, pois se trata da possibilidade da interação entre saberes e de construção de um novo conhecimento no estudo do objeto de seu trabalho”. (p.164)¹⁰⁴

O envolvimento dos alunos em situações reais, vividas por eles promove a integração do saber com o fazer. Nesse sentido, as atividades práticas do PCSS foram capazes de, segundo alguns entrevistados, proporcionar um aprendizado prático.

“Eu tive que estudar como que era hipertensão, o que cada uma daquelas ervas podia fazer...” E7

“Por exemplo: essa idéia do sabão foi uma coisa que eu procurei (...) não era uma coisa que eu sabia... a gente também aprendeu uma porção de coisa.” E5

“a criança era meio excluída porque os amiguinhos não conseguiam ficar com ele, sabe? Aí a gente falou e tal... (...) aí a professora veio falar com a gente depois que a criança melhorou (...) passou a conseguir enturmar mais com o resto do pessoal.” E2

“A gente tava ali pra ensinar, mas a gente também tava aprendendo...” “A gente aprende para ensinar e acaba ficando pra gente também, né? Então acho que a gente ganha duplamente, né? E1;E4

Freire nos ensina que é necessária curiosidade para que seja construído o conhecimento. Essa curiosidade faz com que o estudante se pergunte, conheça, atue, pergunte-se novamente e re-conheça.²⁹

A criação de vínculo durante as atividades desenvolvidas pelos alunos, através do contato com o sujeito do cuidado, foi também ressaltada em suas falas. Para Abrahão esse vínculo entre profissional e usuário é a base do trabalho em saúde. A referida autora afirma que este é “*um saber exercido pontualmente no campo das tecnologias leves*” (p.133)⁹⁹.

As atividades práticas do PCSS I favoreceram, segundo alguns estudantes, o uso de tal tecnologia:

“As atividades práticas do PCSS são muito importantes pra formação médica. Primeiro porque ali é o primeiro contato que a gente tem com o paciente, desde o primeiro ano de faculdade a gente tem o contato. (...) Segundo a gente aprende como... a gente já conversa com eles ali e tal... então, assim... a gente já consegue se aproximar do paciente.” E4

“nessas intervenções são a chance de você ter contato com as pessoas, entendeu? E7

“pra mim acrescentou no fato de entender um pouco melhor eles, não entender o corpo humano de cada indivíduo, mas o indivíduo em geral. Entender a coletividade naquelas comunidades... e o fato de você saber como chegar e saber que quase nunca você vai chegar e vai obter os dados, você vai ter que ir contornando e tal.” E11

Nas falas acima se observa que os graduandos perceberam a relevância da intersubjetividade para o desempenho da prática médica. Essa intersubjetividade experimentada no campo de práticas exige, segundo Ayres, um esforço de reconstrução do profissional de saúde.⁴¹ Canário, por sua vez, enfatiza que

“o saber prático, isto é, o saber construído na ação, é um saber de importância capital em Medicina na medida em que o médico, permanentemente confrontado com situações singulares, não pode proceder à aplicação mecânica de procedimentos técnicos standardizados”. (p.131)³⁰

Para ele, a relação médico-paciente “*engloba a atividade intelectual e afetiva*” (p.131)³⁰, e essa relação deve ser aprendida, não se ensina, daí a relevância das metodologias ativas como as que vem sendo desenvolvidas pelo PCSS.

Essa interação com o doente é considerada por Canário como um “*ponto nevrálgico da ação médica*” (p.131)³⁰, uma vez que cabe ao médico construir, a partir da queixa do sujeito, um problema, ou seja, o diagnóstico. O aprendizado proveniente da relação intersubjetiva entre o médico e o sujeito do cuidado, portanto, é de fundamental importância, especialmente para o “*profissional de relação*”.³⁰

Um estudante explicitou em sua fala que essas atividades, ao aproximar o aluno do sujeito de seu cuidado, fez com que ele se sentisse, efetivamente, médico, ressaltando a importância do uso das tecnologias leves no processo de trabalho médico.

“A gente se sentiu mais médico (...) por você aprender a abordar uma pessoa melhor...” E8

Nesse sentido Ayres ressalta que “*na era da ciência e da tecnologia, a organização de atividades, serviços, programas e políticas de saúde é orientada fundamentalmente por*

uma racionalidade sistêmica e instrumental” (p.129) ⁴¹, enquanto o que necessitamos para vivermos mais e com melhor qualidade de vida não está restrito a essa racionalidade instrumental. Muito pelo contrário, as atuais causas, não só de morbi-mortalidade, como também, de todo sofrimento humano está muito mais relacionada com as intersubjetividades. ⁴¹

Os entrevistados também referiram a relação entre as atividades práticas desenvolvidas pelos estudantes durante as aulas práticas do PCSS I e o planejamento em saúde.

“a gente leva um tempo pra elaborar o que a gente vai fazer e tem um tempo para aplicar.” E1

“a gente teve vários estágios para chegar à intervenção. Primeiro a gente viu o que era promover a saúde, o que era prevenção... aí a gente definiu qual o público que agente ia atingir...” E9

Essa percepção do aluno em relação à importância de planejar as ações de saúde é de fundamental importância. As intervenções em saúde devem ser sempre bem planejadas, levando-se em conta a visão dos diversos atores sociais envolvidos, tal qual preconizado por Matus. ¹⁰⁵ A estratégia da promoção da saúde tem interface com esta proposição de Matus, na medida em que traz em sua proposta teórica e metodológica a importância da participação social e do empoderamento individual e comunitário dos diversos atores envolvidos, o que pode ser alcançado mediante a consideração de sua visão por parte da equipe na organização das práticas. ⁸ As atividades práticas do PCSS I possibilitaram uma aproximação do aluno com essa estratégia tanto do ponto de vista teórico quanto metodológico.

A importância de reconhecer a necessidade de incorporar o papel dos determinantes sociais na problemática saúde-doença-cuidado foi mencionada, por alguns estudantes durante a entrevista:

“Eu nunca imaginei que o médico estava preocupado com o lixo, com a água, com o ambiente, com a barreira caindo, com a quantidade de cachorro na rua... para mim, claro que isso aí interferia, mas que o médico não estava nem por conta, porque tem outros órgãos responsáveis por isso, né? E4

Um dos entrevistados percebeu a necessidade de buscar ajuda de profissionais de outras áreas, como por exemplo, engenheiro e arquiteto para o desenvolvimento da atividade pensada pelos alunos. Esta percepção pode se constituir em base futura para a articulação intersetorial necessária para a integralidade do cuidado. Essa atividade, no entanto, não pôde ser realizada por motivos de violência na comunidade,

“a gente tinha um grupo de colegas de estudo que tinha arquiteto, tinha engenheiro, tinha várias pessoas assim, que tinham um conhecimento maior e que iam ajudar a gente, sabe? E aí a gente fez um projeto (...) para ter uma comunidade mais bonita, mais limpa, mais sossegada, sabe? Aí a gente ficou meio desestimulado, (...) a gente não pôde mais mexer porque... prenderam o traficante, e tal, aí a gente não pôde mais subir...” E5

Portanto, as práticas desenvolvidas pelos alunos do primeiro ano de graduação de medicina, durante as aulas do PCSS I, podem ser vistas como uma inovação no processo pedagógico. Essa inovação se dá a partir da aproximação dos discentes com o campo de prática, onde estes se percebem profissionais.

Guizardi *et al.* citam Saippa-Oliveira e Koifman, ao fazer distinção entre inovação/transformação e modernização curricular. Para estes autores, “*as inovações remetem às múltiplas relações que constituem os processos pedagógicos, existindo no processo, e não no resultado final*”. As modernizações ou reformas estão limitadas “*às estruturas formais do processo educativo, como conteúdos e métodos.*” (p.155) ¹⁰⁶ Logo, para uma efetiva transformação das práticas não basta uma simples modernização pedagógica, é preciso inovar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Optou-se, neste trabalho, por analisar a formação médica a partir da escuta e da fala dos alunos no processo de formação profissional, pois se acredita que é importante para que esse processo, no qual os estudantes estão envolvidos, seja efetivo, seja construído por eles e faça sentido para quem o está vivenciando.

Articulou-se a formação médica com as questões trazidas pela nova promoção da saúde, uma vez que esta, a partir da CF 88 passou a ser uma atribuição dos profissionais da saúde. Essa nova atribuição se fez presente na fala de diversos estudantes quando se referiam ao papel do médico não apenas como um profissional cujo objetivo central é prescrever uma medicação para determinada doença. Eles reforçaram a importância de conhecer o contexto em que o sujeito do cuidado está inserido, para só então propor uma terapêutica mais adequada a cada situação.

Uma mudança, para ser efetiva, deve ser feita através do protagonismo dos envolvidos, neste caso os estudantes e as comunidades. É nesse sentido que deve caminhar a formação médica e a promoção da saúde, numa possibilidade de encontro onde o outro, diferente de mim, possa ser incluído e seja co-responsável. Daí ter-se priorizado, durante o trabalho, o termo “sujeito do cuidado” ao invés de “paciente”. O paciente é passível de enquadramento às prescrições que o médico, detentor de “todo conhecimento”, estabelece. Enquanto o “sujeito do cuidado” tem a possibilidade de participar do encontro com seu cuidador e, a partir desse encontro em que todo o contexto é levado em conta, ambas as partes sejam capazes de determinar o melhor caminho a ser seguido.

O poder público é outro ator social a ser convocado para participar desse encontro, uma vez que são necessárias políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais para se alcançar a almejada promoção da saúde.

O conhecimento médico não deve caminhar no sentido do domínio total de determinado campo, como se a prática médica fosse apenas a aplicação de uma técnica sobre um determinado pedaço do corpo, ignorando que seu trabalho é, antes de tudo, uma prática social e que, portanto, a relação entre os sujeitos dessa prática é fundamental para o sucesso de sua ação.

A busca por uma ação pedagógica que amplie o conhecimento médico para além da transmissão de técnicas possibilitará a superação do olhar anátomo-clínico e caminhará na direção de um sucesso prático balizado pelo êxito técnico.

É através do contato com os sujeitos de sua ação e com seu contexto durante a formação médica, que o futuro profissional será capaz de vivenciar a dimensão social de sua prática e desenvolver uma escuta de qualidade e uma linguagem adequada, a fim de organizar o encontro clínico sob a forma de Cuidado.

Tanto a idéia de cuidado quanto a de promoção da saúde suscitam a noção de solidariedade.

O mundo do trabalho e suas transformações repercutem na organização e vida da sociedade. Essas mudanças, no entanto, não têm refletido o sentido social do trabalho. A geração de lucro e o acúmulo de riquezas parecem que passou a ser o objetivo maior do trabalho. Este deixou de ser produzido a partir de uma necessidade.

O caminho trilhado pelas sociedades capitalistas fez com que se perdesse a dimensão do conjunto que todos nós seres humanos, fazemos parte. Ou seja, da interconexão que existe dos indivíduos entre si e entre eles e o meio ambiente, essencial para a sobrevivência de todas as espécies.

Essa guinada apresentada pelo mundo do trabalho vem promovendo uma indiferença dos sujeitos entre si e com o meio ambiente. O sentido dado ao trabalho atualmente parece ser a busca pelo primeiro lugar num mundo competitivo, sentido oposto a noção de solidariedade. Esse comportamento vem refletindo nas causas de morbimortalidade dos dias de hoje. É justamente no equilíbrio necessário entre todos esses elementos que se insere a promoção da saúde.

A questão acima foi evidenciada pelos estudantes quando eles falaram da importância do cuidado com o meio ambiente e da relação entre as pessoas, e quando citaram o acesso como um meio fundamental para que se façam escolhas saudáveis.

Os diversos valores associados à atual promoção da saúde, dentre eles a solidariedade, equidade, qualidade de vida, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria nos remetem à Grécia Antiga, onde existiam espaços públicos destinados a todos que queriam e se interessassem pelo bem comum, um lugar onde pudessem falar e votar em decisões que afetassem a vida da sociedade – as Ágoras.

A articulação das práticas de formação médica e da promoção da saúde de comunidades é uma proposta bastante promissora, especialmente se realizada num cenário tão propício quanto a atenção básica.

O envolvimento dos alunos durante as aulas práticas do PCSS despertou o respeito às diferenças e a solidificação de valores, além do estabelecimento de vínculos, se revelando uma possível ferramenta para o sucesso de tais práticas. Essas atividades estimularam a participação e a reflexão dos alunos que se envolveram no cotidiano do cuidar em saúde.

Dessa forma foi possível promover uma interação entre a formação médica, a comunidade e o cuidado, possibilitando a construção da identidade do profissional em formação, onde o lado técnico sofreu interferência de uma sabedoria prática e possibilitou uma reflexão sobre os valores éticos, estéticos e morais das práticas de saúde. Em outras palavras, os estudantes evidenciaram que as atividades práticas desenvolvidas por eles foram capazes de acolher, criar vínculos intersubjetivos e promover uma escuta dos sujeitos. Nesse sentido, pode-se afirmar que conseguiram atingir a dimensão do cuidado, prática considerada fundamental para a promoção da saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault, M. O Nascimento da Clínica. 6 ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2008.
2. Pagliosa, F.L. e Da Ros, M.A. Relatório Flexner para o bem e para o mal. Rev. Bras. Educ. Méd. 32(4):492-499; 2008.
3. Merhy, E.E., Franco, T.B. e Magalhães, H.M.J. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado – movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. Acessado 12 de setembro de 2009 em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>.
4. Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000.
5. Laurell, Asa C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, Everardo D.(Org.) Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global ed., 1983. p.133-158.
6. Giovanella, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7- S27, 2008. Acessado em 09 de dezembro de 2009. Em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en.
7. Minayo, M.C.S.; Hartz, Z.M.A. e Buss, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000.
8. Sicoli, J. L. e Nascimento, P. R. Promoção da saúde conceitos princípios e operacionalização. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.101-22, fev 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasil:

- Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Faleiros, V. P. *et al.*
10. Escorel, S, Nascimento, D. R. E Edler, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS In: LIMA, N.T. (org.) Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.pg. 59 a 82.
 11. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências.
 12. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death: specific explanations of a general pattern. *Lancet* 1984; i: 1003-06.
 13. Relatório da OMS sobre determinantes sociais da saúde. Acessado em 27 de fevereiro 2010. Em:
<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/OMSdeterminantesociaisdasaude.aspx>.
 14. Buss, PM e Pellegrini, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* (2007) 17(1):77-92.
 15. Declarações e Cartas da Promoção da Saúde. Acessado em 22 de setembro de 2009 em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Acessado em 17 de junho de 2009. Em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf.
 17. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p.
19. Mitre, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144, 2008
20. Viana, A.L. e Elias, P.E. Saúde e Desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, suplemento, p.1765-1776, 2007.
21. Ceccim, R.B. e Feuerwerker, L.C.M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.
22. MS (BR), Conselho Nacional de Saúde – Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS. Brasília (DF). 27 de fevereiro de 2002. 4ª versão.
23. MS. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Integral à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília. MS; 1997. 36p.
24. Favoreto, C.A.O. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: Pinheiro R. e Mattos, A.M. (org), 2ªed. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2009. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. p. 213-229.
25. Mattos, RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009. Acessado em 14 de dezembro de 2009. Em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&Ing=en&nrm=iso.

26. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. Acessado em 13 de agosto de 2009. Em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dialogando_sobre_pacto_pela_saude.pdf.
27. Para entender o pacto pela saúde 2006 volume I. Acessado em 13 de agosto de 2009. Em: http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_enteder.pdf
28. Integralidade em saúde. Acessado em 27 de fevereiro de 2010 em: http://www.lappis.org.br/resumos_integralidade.htmhttp://www.lappis.org.br/resumos_integralidade.htm.
29. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 35ª ed. – São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007. 146 p.
30. Canário R., Formação e mudança no campo da saúde, In: Canário R. (org.) Formação e Situações de Trabalho, pág. 117 – 146. Portugal: Porto Editora 2ª ed., 2003.
31. Sá, PK e Miranda, JC. Análise sobre o desenvolvimento de cenários em atenção básica no curso médico da faculdade de medicina de Petrópolis/FASE/RJ. Cadernos da ABEM. Outubro 2008, 4:44- 49.
32. Faculdade Arthur Sá Earp Neto Faculdade de Medicina de Petrópolis [*homepage* na internet]. Acessada em: 14 de outubro de 2009. Disponível em: www.fmpfase.edu.br.
33. Guanabarinus, L.T., Araújo, C. e Guanabarinae, K. Notas para um dia escrever uma História da Medicina. Ed. Provisória – Manguinhos, 2003. 171p.
34. Porter, R. Cambridge – História da Medicina. Ed. Revinter, 2008. 407p. Tradução: Cruz, G.M.G. e Leite, S.M.O.L.
35. Tavares, M.F.L. A Construção Social do Saber Pediátrico: contribuição ao seu estudo. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro I.F.F., FIOCRUZ, 1990.

36. Edler, F. e Fonseca, M.R.F. Saber Erudito e Saber Popular na Medicina Colonial. Acessado em 17 de junho de 2009 em: http://www4.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/med_brasil_sex_xx1.pdf
37. Lima, J.C.F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do trabalho em Saúde. In : Fonseca, A.F. e Stauffer, A. B. (org.). O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 211 p. : il. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5). p.57 – 96.
38. Ayres, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev. Bras. Epidemiol. Vol.5, supl.1, p.28-42, 2002.
39. Pereira, I. B. e Lima, J. C. F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. rev. ampl, - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p.
40. Luz, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em saúde no Brasil Atual. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. p. 21 – 42.
41. Ayres, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde)
42. Rabello, L. S. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 228 p. tab.
43. Mendes Gonçalves, R. B. Processo de Trabalho em Saúde. p.1 – 31. mimeo

44. Mendes Gonçalves, R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, 1994 Ed. Hucitec
45. Fonseca, A.F. e Stauffer, A. B. (org.). O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 211 p. : il. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5). p. 23 – 26.
46. Ramos, M. N. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In : Fonseca, A.F. e Stauffer, A. B. (org.). O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 211 p. : il. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5). p. 27 – 56.
47. Santana, J. P. – A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. In: CADRHU, org. Paranaguá, J. P. (org) EDUFRN/Natal, 1999 (387: 400).
48. Nogueira, R. P. O Trabalho em Serviços de Saúde. Acessado em 12 de março de 2010, em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf
49. Koifman, L. O Ensino Médico No Brasil e na Argentina: Uma Abordagem Comparativa [tese de doutorado] Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
50. Merhy Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2000 Fev [citado 2011 Fev 25] ; 4(6): 109-116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=pt. doi: 10.1590/S1414-32832000000100009.

51. Mattos, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. p. 43 – 68.
52. Santana: Santana, J.P. Os Cursos de Medicina no Brasil: análise preliminar dos dados do Sistema de Informações sobre escolas médicas. Brasília, OPS, 1986, Monografia do GAP (2).
53. Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. p.43-57.
54. Czeresnia, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, (2004) 20(2):447-455.
55. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia, D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.p.59-81.
56. Ayres, J. R. C. M. Prefácio à 8ª edição. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. p. 11 - 14.
57. Santos, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: Santos, N. R. e Amarante, P. D. C. (org) Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. – Rio de Janeiro: Cebes, 2001. 300p.
58. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
59. Cecílio, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em saúde. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A.

- (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. p. 117 - 130.
60. Pinheiro, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R. e Mattos, A.M. (org), 2ªed. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2009. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. p. 15 - 28.
61. Zoboli, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: Pinheiro R. e Mattos, A.M. (org), 2ªed. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2009. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. p.63-78.
62. Minayo MCS (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes; 2008. 108 p.
63. Costa, MAF. Metodologia da Pesquisa: conceitos e técnicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2009. 216 p.
64. Santos, AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 7 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. 192 p.
65. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
66. Minayo, MCS (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.
67. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 255p.
68. Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.

69. Projeto Pedagógico Institucional. Documentos Universitários – FMP/FASE. Faculdade Arthur Sá Earp Neto Faculdade de Medicina de Petrópolis [*homepage* na internet]. Acessada em: 14 de outubro de 2009. Disponível em: www.fmpfase.edu.br.
70. ProUni –Programa Universidade para Todos [*homepage* na internet]. Acessada em: 18 de novembro de 2010. Disponível em: <http://prouniportal.mec.gov.br/>
71. ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio [*homepage* na internet]. Acessada em: 29 de novembro de 2010. Disponível em: <http://www.enem.inep.gov.br/>
72. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [*homepage* na internet]. Acessada em: 29 de janeiro de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=382
73. AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação na Área da Saúde. Acessado em 05 de novembro de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>
74. Colares, M. F. A. Reflexões e vivências de estudantes de Medicina do ciclo básico através do Sociodrama Educacional. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto/SP Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, 2004.
75. Ramos-Cerqueira, A. T. A., Lima, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.107-16, 2002.
76. Elias, P. E. e Vieira, J. E. Formação médica: desafios críticos. In: Pierantoni, C. R. e Viana, a. L. A. (org) Educação e Saúde. – São Paulo: Hucitec, 2010. p. 37 – 48.
77. Souza, A.N. Formação médica, racionalidade e experiência. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1):87-96, 2001.

78. Macedo, M. C. S. *et al.* Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro, R. Ceccim, R. B. e Mattos, R. A. (org) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p.229 – 250.
79. Pinheiro, R. e Ceccim, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro, R. Ceccim, R. B. e Mattos, R. A. (org) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p.13 – 33.
80. Vasconcelos, E. Entrevista: Victor Valla. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n. 1, p. 227-238, 2005.
81. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-9.
82. Berbel, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunic, Saúde, Educ v.2, n.2, 1998. p.139 – 154.
83. Rabello, E. T. e Passos, J. S. *Vygotsky e o desenvolvimento humano*. Acessado em 17 de janeiro de 2011. Disponível em <http://www.josesilveira.com>.
84. Camargo Jr., K. R. A Filosofia Empírica da Saúde. In Camargo Jr., K. R. e Nogueira, M. I. (org) Por uma Filosofia Empírica da Atenção à Saúde: olhares sobre o campo biomédico. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.13 – 26.
85. Meyer, D. E. E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1335-1342, jun, 2006.

86. Tavares, M. F. L., Mendonça, M. H. M. e Rocha, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1054-1062, mai, 2009.
87. Fleuri, R. M. A contribuição de Victor Valla ao pensamento da educação popular. Revista Brasileira de Educação v. 14 n. 42 set./dez. 2009. p. 576 – 590.
88. Marteleto, R. M., Ribeiro, L. B. e Guimarães, C. Produção e organização do conhecimento nos espaços sociais. Civitas – Revista de Ciências Sociais Ano 2, nº 1, junho 2002. p. 69 – 80.
89. Souza, A. N. Formação médica, racionalidade e experiência. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1):87-96, 2001.
90. Rego, S. T. A. Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos: Estudo sobre a formação ética dos estudantes de medicina. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro – Universidade do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2001.
91. Campos *et al.* O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em saúde: Pró-Saúde. In: Pierantoni, C. R. e Viana, a. L. A. (org) Educação e Saúde. – São Paulo: Hucitec, 2010. p. 25 – 36.
92. Aureliano, L. e Draibe, S. M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: Economia e Desenvolvimento. Brasília, CEPAL, 1989. p. 120 – 150.
93. Viana, A. L. D. e Levcovitz, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana, A. L. D.; Elias, P. E.; Ibanez, N. (orgs). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo, Hucitec, 2005. p. 15 – 57.
94. Coutinho, M. P.L. e Franken, I. Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde. Psicologia Ciência e Profissão, 2009, 29 (3), 448-461.

95. Caprara, A. e Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):139-146, 2004.
96. Carvalho, S. R. Os Múltiplos Sentidos da Categoria “*Empowerment*” No Projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro, 20(4):1088-1095, Jul-Ago, 2004.
97. Westphal, M. F. Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida. In: Fernandez, J. C. A. e Mendes, R. (org). *Promoção da Saúde e Gestão Local*. – São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Cepedoc, 2007. (Saúde em debate; v. 176. Linha de Frente; n.3). p. 13 – 40.
98. Pedroza, R. L. S. Aprendizagem e subjetividade: uma construção a partir do brincar. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, v. 17 - n. 2, p. 61-76, jul./dez. 2005.
99. Abrahão. A. L. Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde. In : Fonseca, A.F. e Stauffer. A. B. (org) Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. p.117 – 138.
100. Pinheiro, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. p. 69 – 115.
101. Programa Nacional Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE Projeto Faculdade de Medicina de Petrópolis. Acessado em 20 de maio de 2010. Disponível em: http://www.prosaude.org/med/resumo/FM_Petropolis_2_MED.pdf
102. Davini, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. CADRHU. Texto de apoio/Unidade 2. p. 269 – 275. Acessado em 15 de fevereiro de 2011. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T6.pdf.

103. Tavares, M.F.L. Saúde da Criança e Formação no Trabalho: a prática como e com saber. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro - Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 1998.
104. Pereira, I. B., Búrico, A. C. e Carvalho, V. Experiências favoráveis à integralidade nas práticas do cuidado em saúde: a pesquisa como princípio educativo no ensino na saúde. In: Por uma Sociedade Cuidadora. Pinheiro, R. e Silva Jr, A. G. (org). – 1. ed. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 155 – 178.
105. Huertas, F. O método PES: entrevista com Matus; tradução de Giselda Barroso Sauveur. – São Paulo: Fundap, 1996. 139p.
106. Guizardi, F. L. *et al.* A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro, R. Ceccim, R. B. e Mattos, R. A. (org) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p.153 – 178.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Protocolo de pesquisa nº _____

Dados de identificação do entrevistado:

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento:

Idade:

Já freqüentou outro curso superior: () Sim () Não

Curso superior freqüentado anteriormente:

Exerceu a atividade profissional anterior: () Sim () Não

Estudante da USF:

Preceptor:

1. Gostaria de começar esta entrevista conhecendo um pouco de sua trajetória até chegar a esta IES. Você é natural de onde?
2. Estudava/trabalhava aonde antes de vir para cá?
3. O que te fez optar pelo estudo da medicina?
4. Quando você pensou em fazer a opção pela medicina, qual a idéia que você possuía a respeito de ser médico?
5. O que você entende por saúde?
6. E por promoção da saúde?
7. Partindo da sua concepção de saúde, o que devemos fazer para que tenhamos saúde?
8. No seu entender, quando um paciente procura um serviço de saúde, qual a melhor forma de abordá-lo e tratá-lo? Justifique.

Agora eu vou fazer algumas perguntas referentes às atividades que foram desenvolvidas durante as aulas práticas do PCSS I.

9. Descreva sua participação nas atividades práticas do PCSS I.
10. Em que consistiam essas atividades e qual o objetivo delas?

11. Você poderia me dizer se estas atividades contribuíram para a sua formação?
Como?
12. O que você acha dessas atividades práticas quando comparadas às diversas atividades teóricas que você participou no primeiro ano de formação? Para você elas possibilitam articulação entre prática e teoria?
13. Na sua opinião, essas atividades foram capazes de acrescentar algo aos participantes dela? Refiro-me a comunidade e aos estudantes. Por quê?
14. Se você pudesse optar por participar ou não dessas atividades qual seria sua opção?
Por quê?

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Dados de identificação do entrevistado:

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento:

Idade:

Já frequentou outro curso superior: () Sim () Não

Curso superior frequentado anteriormente:

Exerceu a atividade profissional anterior: () Sim () Não

Estudante da USF:

Preceptor:

Blocos Temáticos

- 1. Sobre a medicina e o tornar-se médico**
- 2. Conceito de Saúde**
- 3. Conceito de Promoção da Saúde**
- 4. Descrever as atividades desenvolvidas por eles no PCSS I**
- 5. Sobre a avaliação do PCSS:**
 - a. Em relação à sua formação médica**
 - b. Em relação à comunidade foco do cuidado**
 - c. Vocês recomendariam aos novos alunos?**

**DIÁRIO DE CAMPO DO GRUPO FOCAL COM ESTUDANTES DO 5º ANO DE
MEDICINA**

DATA:

HORÁRIO:

DURAÇÃO:

I - Sobre o grupo

1. Integração entre os participantes:
2. Interesse pelo trabalho:
3. Participação no grupo:
4. Momentos fortes do encontro:
5. Dificuldades encontradas:
6. Conteúdo trazido pelo grupo:
7. O que mais chamou a minha atenção:
8. O que surpreendeu, o que o grupo trouxe de novo (contradições):
9. Dificuldades percebidas na conclusão das atividades:

II- Encaminhamentos

1. Sugestões:

Anexo 4 – Diário de Campo na Observação Participante da Entrevista

**DIÁRIO DE CAMPO NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DA ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA COM ESTUDANTES DO 2º ANO DE MEDICINA**

Nº da observação:

Local:

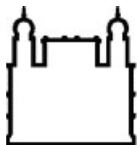
Data:

Hora:

Duração:

Comentários/observações:

Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação de ambas em um mesmo cenário**. Esta pesquisa constitui-se num estudo descritivo, que tem como objetivo central analisar a percepção dos alunos que completaram o 1º ano de graduação de uma Faculdade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro sobre as atividades práticas desenvolvidas por eles durante as aulas do Programa Curricular Saúde Sociedade (PCSS) em relação a sua formação médica e em relação ao processo de trabalho constituído de ações de promoção da saúde da comunidade local.

Sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de entrevista semi-estruturada ou grupo focal, concedendo-nos um depoimento relativo à atividade desenvolvida por você durante as aulas práticas do PCSS I, a ser gravada para posterior análise. As informações obtidas através das entrevistas ficarão armazenadas por 5 anos, serão confidenciais e, portanto, asseguro o sigilo tanto em relação a sua identidade quanto em relação às informações/opiniões expressas durante a entrevista. Cabe ressaltar que, de alguma forma, seu modo de ver as atividades práticas do PCSS I será exposto durante sua fala. Estas informações, porém serão utilizadas apenas para o estudo em questão e não apresenta qualquer dado que possa prejudicá-lo. A participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Fundação Oswaldo Cruz. Sua participação será muito importante, pois a pesquisa pretende fortalecer a discussão sobre processos educativos nas escolas médicas e contribuir para a dimensão metodológica da promoção da saúde.

Firmo o compromisso de uso dos dados e informações unicamente para a pesquisa e divulgação de trabalhos técnico-científicos e coloco à disposição os resultados do estudo no endereço institucional indicado neste documento.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ENSP), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Cláudia Ostwald Luz Vilardo
End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 707
Manguinhos – Rio de Janeiro
Tel.: 25982700

Comitê de Ética em Pesquisa
End.: Rua Leopoldo Bulhões, Térreo
Manguinhos – Rio de Janeiro
Tel.: 25982863

Se você concordar em participar, preencha o espaço abaixo:

Eu, _____ declaro que li o texto acima e que fui orientado(a) de forma a entender os objetivos e condições da minha participação na pesquisa, estando ciente da liberdade de recusa ou interromper minha colaboração durante a investigação, sem que isso represente ônus de qualquer espécie, e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

Sujeito da pesquisa

Pesquisadora