

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA DOS ESTUDANTES DA  
PRIMEIRA FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC**

**FERNANDO LUIZ PAGLIOSA**

**FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2006**

**FERNANDO LUIZ PAGLIOSA**

**PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA DOS ESTUDANTES DA  
PRIMEIRA FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Marco Aurélio Da Ros.

**FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2006**

Catálogo na fonte elaborada por M. Margarete Elbert CRB14/167

P138p Pagliosa, Fernando Luiz  
Percepções sobre saúde e doença dos estudantes da primeira fase do Curso de Medicina da UFSC / Fernando Luiz Pagliosa ; orientador Marco Aurélio Da Ros. - Florianópolis, 2006.  
132 f.

Inclui bibliografia

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2006.

1. Medicina – Estudo e ensino. 2. Saúde pública. 3. Estudantes de medicina – Formação. I. Da Ros, Marco Aurélio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU: 61:37



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA DOS ESTUDANTES DA PRIMEIRA  
FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC”.**

**AUTOR: Fernando Luiz Pagliosa**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas**

---

**Prof. Dr. Marco Aurélio Peres**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros**

(Presidente)

---

**Profª. Dra. Maria Conceição Oliveira**

(Membro)

---

**Profª. Drª. Marta Verdi**

(Membro)

## AGRADECIMENTOS

Aos professores e estudantes do curso de medicina da Uniplac, de quem tirei bastante do tempo que deveria dedicar ao curso, mas a quem pretendo retribuir com muito mais dedicação e empenho na função maravilhosa de professor.

Agradeço especialmente aos meus colegas do grupo de Educação Permanente – EDUPE, do curso de medicina da Uniplac pelos momentos prazerosos de discussões e reflexões que foram um dos meus “oásis” nestes últimos anos. A edupianidade e a serendipidade foram fundamentais nesta jornada.

Aos meus professores e colegas de mestrado, com quem convivi menos do que gostaria, mas que me propiciaram momentos de grande alegria e a possibilidade de um grande crescimento pessoal.

Ao Marco Aurélio Da Ros, meu orientador, amigo paciente, com quem compartilhei muitas angústias, mas de quem sempre tive apoio e dedicação. Obrigado por possibilitar que a defesa acontecesse. Obrigado pelas horas de convivência, que deveriam ter sido muito maiores, mas que me permitiram server dos conhecimentos, das vivências e da sabedoria que emana de você.

Especialmente a Aline, não tanto por minhas ausências, mas sobretudo pela sua presença encorajadora, amiga e solidária. “O nosso amor não vai parar de rolar”, como na música de Cazuza.

## RESUMO

Considerando que a concepção de saúde-doença fundamenta a estrutura curricular das escolas médicas, a sua proposta pedagógica e, por fim, a prática profissional, o objetivo geral da pesquisa foi investigar as percepções sobre o processo saúde-doença dos estudantes da primeira fase do curso de medicina da UFSC, traduzidas nas expectativas que eles têm em relação à sua formação e ao seu futuro profissional e na definição de saúde e doença. Os pressupostos são que os estudantes têm uma concepção biologicista do processo saúde doença e de que isso se traduza na formação através da expectativa de um ensino voltado para o diagnóstico e tratamento das doenças, realizado preferencialmente no ambiente hospitalar. No exercício profissional, pressupõe-se que esperem exercer a profissão no hospital e no consultório particular, como especialistas, com grande reconhecimento social, tanto em prestígio como em retorno financeiro. Espera-se, ainda, que ao definir saúde, o façam como a ausência de doenças e que, na definição de doença, a restrinjam ao corpo biológico. A pesquisa foi qualitativa, através de um estudo de caso, utilizando a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de dados. Os sujeitos do estudo foram onze estudantes da primeira fase do curso de medicina da UFSC do primeiro semestre de 2006, sendo seis do sexo masculino e cinco do sexo feminino, escolhidos aleatoriamente entre os que concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram organizados e analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A análise dos discursos teve como referência as concepções de saúde-doença, que, em decorrência do marco teórico utilizado, foram divididas em três categorias: a concepção biologicista, a concepção multicausal e a da determinação social da doença. Os resultados mostraram a existência de uma forte visão biologicista do processo saúde-doença traduzida nas expectativas em relação à formação e ao exercício da profissão no futuro, mas com uma forte disposição altruísta e humanitária presentes nesta fase inicial. Na definição de saúde e doença aparece a noção de equilíbrio-desequilíbrio ente os aspectos físicos e psíquicos como determinador do estado de saúde ou de doença da pessoa. Saúde e doença adquirem um caráter subjetivo e individual para o Sujeito Coletivo. O papel das condições de vida, incluindo as sócio-econômicas, de habitação, educação, saneamento básico, lazer, entre outros, também aparecem como intervenientes no processo de adoecer, recuperar e manter a saúde. Não há entretanto um percepção da causalidade da doença determinada socialmente. A concepção de saúde-doença predominante é a multicausal, embora com um forte componente biologicista em alguns momentos e uma percepção que coincide com a promoção da saúde, em outros. O Sujeito Coletivo, portanto, é contraditório. Considerou-se que a vivência dos estudantes com o novo currículo em implantação na UFSC possa ter influenciado favoravelmente para uma ampliação do significado e importância da prática médica para além da prática clínica. O autor questiona a amplitude da nova proposta curricular do curso de medicina da UFSC, considerando que ela, em seu formato, não rompe com a lógica disciplinar, embora acrescente elementos da prática profissional na formação desde o início do curso. Considera, também, a importância de continuar acompanhando os estudantes para avaliar a evolução da concepção de saúde-doença ao longo do desenvolvimento do curso.

## ABSTRACT

Taking into consideration that the conception of health-disease gives support to the curricular structure of medical schools, its pedagogical proposition and its professional practice, the general objective of the present study was to investigate the perceptions about health-disease among the students from the first semester of the course of medicine at UFSC, perceptions that are translated into the expectations that these students have in relation to their studies and to their professional future, as well as to the definition of health and disease. The assumptions are that the students have a biologicist conception of the health-disease process and that this view can be translated in the studies through the expectations of a kind of teaching that emphasizes the diagnosis and the treatment of the diseases, which takes place, specially, in the hospital environment. In the professional practice, one may presuppose that they expect to practice the profession in the hospital, and in a private doctor's office as specialists, and as professionals socially recognized in prestige, as well as in financial gains. Additionally, it is expected that when defining health, the subjects mean lack of disease and that, when defining disease, they restrict it to the biological body. This research was a qualitative case-study, that was accomplished by means of a semi-structured interview as a technique of data collection. The subjects of the study were eleven (11) students, six male and five female, attending the first period of Medicine at UFSC, during the first semester of 2006, students who were chosen at random among those who agreed to participate of the research. The data were organized and analyzed through the technique of the Discourse of the Collective Subject. The analysis of the discourses used as reference the conceptions of health-disease, that as a result of the theoretical mark used, were divided into three categories: the biologicist conception, the multi causal conception and the one of the social determination of the disease. The results indicated a strong biologicist view of the health-disease process translated in the expectations in relation to the studies, and to the practice of the profession in the future, but with a strong altruist disposition and humanitarian disposition present in this initial phase. In the definition of health and disease the notion of equilibrium-unbalance appears among biological and psychic aspects as determinants of the condition of health or disease of a person. Health and disease acquire, in this case, a subjective and individual form for the Collective Subject. The role of the living conditions, including the ones such as socio economic, habitation, education, basic sanitation, leisure, among others, appear also interfering in the process of becoming ill, of recovering and of the maintenance of health. There is not, therefore, a perception of the occurrence of the disease socially determined. The predominant conception of health-disease is multi casual, although with a strong biologicist component in some moments, and a perception that coincides with the promotion of health, in others. The Collective Subject, therefore, is contradictory. It was taken into consideration that the experience of the students with the new curriculum implanted at UFSC may have influenced positively in the amplification of the meaning and in the importance of the medical practice for beyond the clinical practice. The author argue the amplitude of the new curricular proposition for the Course of Medicine at UFSC, considering that it, in its format, does not break the logic of the disciplines, although it adds elements of the

**professional practice into the formation since the beginning of the course. It also takes into account the importance of keeping on monitoring the students in order to evaluate the evolution of the conception of health- disease during all the course.**



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>1. UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA.....</b>	<b>15</b>
<b>2. CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....</b>	<b>32</b>
2.1 O RELATÓRIO FLEXNER.....	32
2.2 O MODELO UNICAUSAL .....	38
2.3 O MODELO MULTICAUSAL .....	41
2.4 O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA .....	47
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>59</b>
4.1 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	59
4.1.1 DSC I – As Expectativas em Relação à Formação.....	59
4.1.2 DSC II – As Expectativas em Relação ao Futuro Profissional.....	64
4.1.3 DSC III – A Definição de Saúde .....	71
4.1.4 DSC IV – A Definição de Doença .....	75
4.1.5 DSC V – A Vivência do Novo Currículo.....	82
<b>5. UMA SÍNTESE.....</b>	<b>87</b>
<b>REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>108</b>
<b>PARTE II – ARTIGO.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>128</b>
Anexo 1 – Comprovante de submissão do artigo.....	128
Anexo 2 – Questões Norteadoras para as Entrevistas.....	129

## **PARTE I – DISSERTAÇÃO**

### **INTRODUÇÃO**

Minhas vivências na área da formação de profissionais de saúde se resumiam, antes de 2003, à experiência como coordenador e professor do curso de especialização em Homeopatia, que começou em 1993 em Florianópolis, quando exercia a função de presidente da Associação Médica Homeopática de Santa Catarina. Em 2003 fui convidado a lecionar no curso de enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense – Uniplac. A partir de meados de 2003 comecei a participar da construção do curso de medicina desta instituição.

Mas foi a minha experiência como coordenador do Programa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do município de Lages, de 2001 a 2004, que propiciou a vivência direta da realidade da atenção de saúde na esfera pública. Esta experiência foi determinante para os desdobramentos que se seguiram em minha vida profissional.

A maior dificuldade encontrada na implantação inicial de 25 Equipes de Saúde da Família (ESF), passada a etapa de decisão política e de planejamento, foi encontrar profissionais médicos em número e, principalmente, com o perfil adequado às exigências do programa. O mesmo problema se mantém até o momento atual, dificultando a manutenção das equipes, que atualmente somam 32 das 40 previstas, impedindo a consolidação e ampliação do PSF no município.

Fiquei particularmente intrigado com as dificuldades enfrentadas não só relacionadas com o PSF, que entendo serem muito mais complexas, mas principalmente para conseguir profissionais para trabalhar em outras áreas do SUS no município. A absoluta insensibilidade dos profissionais de muitas especialidades, geralmente as de maior complexidade, para com as necessidades do sistema público de saúde me deixou absolutamente chocado. Mesmo

considerando os baixos valores pagos pelo SUS, não considero aceitável o descompromisso de uma grande parte dos médicos com as necessidades da população. Ainda mais se observarmos que os procedimentos destas áreas de maior complexidade, geralmente realizados no hospital ou em centros de diagnóstico, remuneram muito bem estes mesmos profissionais. E destes procedimentos eles não abrem mão, muito pelo contrário. Os gestores de saúde ficam numa situação muito complicada, pressionados por um lado pela opinião pública que, legitimamente, busca os seus direitos e, de outro, pelos interesses corporativos de um grupo de profissionais. O resultado deste embate na maioria das vezes se traduz em longas filas de espera para o acesso a consultas, exames e procedimentos em algumas especialidades.

As reflexões sobre estes fatos, entre outros, contribuíram para que modificasse minhas posições pessoais, até então contrárias à abertura de novas escolas médicas. A quantidade de médicos, percebi, não é argumento suficiente para justificar a sua necessidade, se considerarmos os interesses coletivos. O que precisamos é formar um outro tipo de profissional.

Este novo posicionamento implicou na minha inserção nas discussões da implantação do Curso de Medicina na UNIPLAC, em meados de 2003. O curso começou em 2004 e desde então participo da sua coordenação. As experiências acumuladas na gestão pública na área da saúde no município permitiram-me poder contribuir de forma significativa para a construção da estrutura curricular e da proposta pedagógica do curso, mas principalmente do perfil do profissional a ser formado. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituída em 2001 pelo MEC, embasaram toda a construção e a organização do curso, contemplando a formação de um profissional médico com um perfil diferente daquele acima descrito.

As vivências na gestão do SUS e o compartilhamento das experiências dos diversos atores, de diferentes áreas, envolvidos no processo de estruturação do curso de medicina propiciaram um amadurecimento significativo e a motivação para o aprofundamento e a aquisição de novos conhecimentos, sendo esta dissertação parte indissociável desta busca.

Esta busca se iniciou através do contato com alguns alunos e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública da UFSC, particularmente o Dr. Marco Aurélio Da Ros, que acabou aceitando a função de me orientar

nesta empreitada.

Desde o início pretendi trabalhar com os estudantes das fases iniciais do curso de medicina, já que era essa a experiência que vivia naquele momento específico, e que na verdade ainda vivo hoje.

Também estava claro para mim, e as experiências na gestão do SUS e na construção do curso da Uniplac corroboraram isso, que é a concepção de saúde e doença que determina, em última instância, o desenho curricular que irá ser adotado pela escola que se propõe a formar médicos. Este é um pressuposto que assumo.

O projeto de pesquisa estava, então, delineado. As discussões com o orientador, com os professores e os colegas de mestrado e com alguns colegas do curso de medicina da Uniplac foram muito importantes para delimitar melhor o objeto da pesquisa, apurar as estratégias para a sua implementação e para a construção do referencial teórico.

A opção por trabalhar com uma realidade diferente daquela do curso de medicina da Uniplac, além de retribuir o acolhimento que recebi da UFSC, também permitirá um melhor entendimento dos desdobramentos possíveis do próprio curso de Lages, além do desenvolvimento ulterior de pesquisas com os mesmos objetivos e que permitam a comparação da evolução entre os dois currículos em relação ao tema do trabalho.

O objetivo da pesquisa é investigar as percepções de saúde-doença dos estudantes da primeira fase do curso de medicina da UFSC, traduzidas nas expectativas que eles têm em relação à sua formação e ao seu futuro profissional e na definição que têm de saúde e de doença.

O pré-suposto é que os jovens que buscam um curso de medicina têm a percepção de que a sua formação se dará, essencialmente, dentro do ambiente hospitalar, estudando as doenças, seu diagnóstico e seu tratamento e que exercerão a profissão neste mesmo ambiente, acrescido do consultório particular. Ao vislumbrar esta prática, penso que estes jovens vejam um futuro profissional com grande retorno, tanto financeiro quanto de prestígio e reconhecimento social. Supõe-se ainda que sua definição de saúde esteja diretamente relacionada com a ausência de doença e que ao definir a doença, ele a mantenha circunscrita

basicamente na dimensão biológica. Estes pressupostos decorrem das características do modelo hegemônico de saúde no país, envolvendo tanto a prática quanto a formação dos profissionais de saúde, os médicos em particular, que está centrado no diagnóstico e tratamento das doenças, e cuja prática permanece centrada no atendimento hospitalar, supervalorizando a utilização de equipamentos e o atendimento individual e especializado.

Compreender o que a pessoa que ingressa na universidade para fazer o curso de medicina traz como expectativas sobre a sua futura profissão pode traduzir as percepções que lhe foram historicamente inculcadas e que carrega como um ideal e que talvez não correspondam às possibilidades reais para a maioria dos que exercerão a profissão a daqui pelo menos seis anos, quando estarão formados. Conhecer o que este indivíduo entende como saúde e como doença, também reflexo das concepções predominantes na sociedade sobre estes fenômenos, auxiliará na compreensão dos processos necessários para que ele possa adquirir uma visão mais ampliada de saúde, chegando a compreender a sua determinação social.

Buscar compreender qual é esta visão entre os estudantes que buscam a formação médica contribuirá para uma melhor abordagem destes aspectos durante a sua formação.

O objetivo do curso de medicina, à luz das Diretrizes Curriculares, é que estes conceitos se modifiquem ao longo dos seis anos do curso. Espera-se que os estudantes desenvolvam gradativamente uma visão ampliada do processo saúde-doença e uma percepção mais acurada sobre as possibilidades do seu futuro profissional. Para que isso aconteça é necessário redesenhar a maioria dos atuais currículos das escolas médicas e repensar suas propostas pedagógicas.

O entendimento de qual é a percepção sobre o processo saúde-doença destes estudantes quando chegam à universidade, trará subsídios importantes para a organização curricular do curso, além de poder contribuir como subsídio para estudos de maior amplitude, que abarquem pelo menos os seis anos do curso e que possam, dessa maneira, medir a evolução dos estudantes em sua compreensão dos processos que envolvem o de adoecer, recuperar e manter a saúde.

A dissertação está organizada da seguinte forma:

No primeiro capítulo faço uma contextualização da educação médica, principalmente no Brasil. Os últimos 40 anos são particularmente importantes e englobam, além das questões especificamente relacionadas com a educação médica, uma série de outros contextos sócio-econômicos e políticos que se inter-relacionam, se interpenetram e se influenciam mutuamente. Faço uma breve análise da evolução do ensino médico, entendendo-o como o resultado de contextos históricos específicos, permeados de múltiplos interesses, desde os mais nobres até os mais torpes. Nesse aspecto, a construção do Sistema Único de Saúde é um dos movimentos mais importantes do país, nas últimas três décadas. Procuo fazer um voo panorâmico, com o objetivo de localizar melhor o tema da pesquisa.

No segundo capítulo abordo as diferentes concepções de saúde-doença presentes na literatura e que considerarei as mais importantes para analisar os dados da pesquisa. Analiso inicialmente o modelo flexneriano, pela importância que ele representa na formação médica desde a publicação do famoso Relatório, em 1910, até os dias de hoje. Em seguida analiso o modelo unicausal da doença que, em conjunção com o modelo flexneriano, compõe uma das categorias que utilizo para analisar os dados da pesquisa: a concepção biologicista de saúde-doença. Em seguida abordo o modelo multicausal e, por fim, a concepção da determinação social da doença. No modelo multicausal analiso o modelo heurístico da História Natural da Doença, mais como um modo didático para compreendê-lo.

O terceiro capítulo aborda a metodologia utilizada.

No quarto capítulo estão a apresentação e a análise inicial dos dados. A apresentação e a análise dos dados estão organizadas em torno do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) relacionado com cada um dos “blocos” apontados nos objetivos: expectativas em relação à formação (DSC I), expectativas em relação ao futuro profissional (DSC II), definição de saúde (DSC III) e definição de doença (DSC IV). Acrescento um quinto DSC que se refere à vivência do novo currículo (DSC V) em função da importância que este fato adquiriu na pesquisa. Em cada bloco surgem várias Idéias Centrais. A cada Idéia Central corresponde um DSC, construído a partir das Expressões-Chave, isto é, das falas dos sujeitos entrevistados. Ao final de cada DSC faço uma primeira análise aproximativa, tendo como base as categorias de análise.

No quinto capítulo realizo uma nova aproximação, agora buscando uma síntese.

Por fim, nas reflexões finais retomo os objetivos e os pressupostos iniciais e, tendo como base os referenciais teóricos e os dados da pesquisa, concluo o trabalho.

## 1. UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

A profissionalização dos médicos traz um alto custo para a sociedade, em função do tempo para a formação e da terminalidade relativa, já que os investimentos se prolongam na pós-graduação. Isto adquire contornos ainda mais dramáticos nos países em desenvolvimento (PIERANTONI *et al*, 2006).

Admite-se, entretanto, que a categoria médica, embora a mais resistente, continua sendo indispensável para os processos de mudança, por ser, ainda, o principal organizador da oferta de serviços e definidor das técnicas de diagnóstico e tratamento (ALMEIDA, 1999). A resistência às mudanças por parte dos profissionais médicos, tem como uma das explicações possíveis, entre muitas outras, o ideal profissional, ou seja, a construção social da profissão médica como exercício liberal da profissão, exercido primordialmente dentro do hospital e no consultório particular, com grande retorno financeiro e destaque social. Estas mesmas expectativas os estudantes trazem consigo quando entram na universidade (FEUERWERKER, 2002). Mesmo que a realidade não seja mais condizente com essa construção social e uma grande parte da população já não tenha as mesmas percepções, os médicos - e os estudantes de medicina - continuam a perseguir um objetivo que muito dificilmente poderão atingir.

As críticas recorrentes ao setor da saúde, que aconteceram com maior intensidade e frequência a partir da década de 1960 em todo o mundo pelo que se denominou a “crise da medicina” (NUNES, 1983), evidenciam o seu descompromisso com a realidade e com as necessidades da população. Os custos crescentes da saúde, a incorporação indiscriminada de tecnologias, a falta de eficiência e de efetividade de suas intervenções, a desumanização do atendimento, a fragmentação do seu conhecimento através da especialização excessiva são alguns dos fatores envolvidos. Estas constatações provocaram intensa movimentação nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde,



Organização Panamericana de Saúde e outras), governos, fundações internacionais (Rockfeller, Kelloggs e outras), instituições representativas de classe e na sociedade em geral.

No cenário internacional, principalmente nos países europeus, as políticas de reforma do setor saúde, a partir dos anos 1980, envolveram o controle dos custos, a busca da eficiência, o controle da qualidade dos serviços, a equidade, a garantia da universalidade e também a formação de recursos humanos, principalmente médicos (ALMEIDA, 1999).

Na América Latina, ocorreram profundas alterações na estrutura política e econômica da maioria dos países do continente nos últimos 40 anos. A instalação de regimes autoritários nos anos 1960 a 70, sob influência direta dos Estados Unidos, preocupados com a expansão de regimes socialistas e para evitar “novas cubas” (DA ROS, 2000) modificaram profundamente o cenário político-institucional do continente. É só a partir deste momento que se instalou definitivamente na América Latina o modelo flexneriano de formação de médicos, implantado nos EUA desde o início do século.

Em meados dos anos 1970, a crise econômica do capitalismo permite a reorganização de movimentos sociais que possibilitaram a transição para a democracia na maioria dos países da América Latina a partir dos anos 1980.

O novo contexto mundial, caracterizado pela ideologia liberal e pelo endividamento externo dos países em desenvolvimento, exigiu uma reformulação das relações Estado-sociedade visando a retomada do crescimento econômico, o controle da inflação e do déficit fiscal, a inserção no capitalismo internacional, a garantia da governabilidade e a estabilidade política. Essas medidas de ajuste, ditadas por organismos internacionais (FMI, Banco Mundial e outros), acabam por aprofundar as desigualdades sociais, comprometendo ainda mais as condições de vida e saúde da população, aumentando a demanda por serviços e a iniquidade de acesso. Os sucessivos programas de ajustes econômicos implantados têm invariavelmente implicado em redução dos orçamentos das áreas sociais, com agravamento das desigualdades no acesso aos serviços e maior exclusão social. A conseqüente ineficiência dos serviços públicos gera insatisfação da população e dos profissionais dos serviços públicos.

A ideologia liberal em posse do Estado provoca o seu “enxugamento”, transferindo para o “mercado” muitas de suas funções. Na área da saúde cria-se nas décadas de 1970 e

1980 uma verdadeira “indústria” da assistência médico-hospitalar, com transferência maciça de recursos públicos para a iniciativa privada, o que provoca, sob a lógica do lucro e nas mãos do complexo médico-industrial, o comprometimento da qualidade e o aumento incontrolável dos custos (DA ROS, 1991).

De forma heterogênea, conforme as diferentes conjunturas sócio-econômicas e políticas de cada país, e com origem na crise dos anos 1970 já mencionada, começam nos anos 1980 processos de reforma do setor da saúde em vários países da América Latina e que se intensificam a partir de 1990. As reformas desenvolvem-se através de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As reformas mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, através de debates e iniciativas da sociedade civil desde a luta contra os governos ditatoriais.

Para FLEURY (1994), a reforma do setor saúde na América Latina contempla dois modelos principais, que se combinam: o modelo universal/publicista e o liberal/produtivista. Ao Estado cabe assistir as parcelas mais pobres da população e providenciar os exames e procedimentos de “baixa complexidade”, através do sistema público de saúde. Os setores privados atendem as parcelas de maior renda e realizam os exames e procedimentos de “média e alta complexidade”, onde existe a possibilidade real de lucro.

Na área do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, que é o principal foco de interesse desta pesquisa, os processos de reforma sempre colocaram a gestão dos recursos humanos como prioritária, visando adequar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde às novas realidades dos serviços e como estratégia para a melhoria da sua eficiência, da qualidade da atenção e do controle da utilização tecnológica de alto custo. As resistências do aparelho formador às mudanças são sempre enfatizadas, principalmente nas escolas médicas (PAIM, 1994). Embora uma necessidade declaradamente prioritária, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde continuou relegado ao segundo plano nos processos de reforma. A ênfase continuava centrada quase que exclusivamente no financiamento do setor, na organização dos serviços e na gestão. O setor educacional continuou desvinculado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma (ALMEIDA, 1999).

No Brasil, a sociedade organizada conseguiu ao longo das últimas três décadas,

através da luta de movimentos representativos de amplos setores sociais, consolidar avanços importantes na área da saúde. O texto da Constituição de 1988 (BRASIL, 2000) define a saúde como um direito social e dever do Estado, e cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência e como diretrizes a descentralização e a participação da comunidade no planejamento, execução e controle das políticas públicas de saúde. A construção do SUS é resultado de um processo de lutas sociais permeado de interesses muito diversos, frequentemente conflitantes.

É a partir de meados da década de 70 do século passado, quando a ditadura militar enfrenta sua primeira crise de legitimidade, que se aglutinam diferentes setores organizados da área da saúde, constituídos principalmente pelos intelectuais das universidades, que defendiam um modelo democrático e socializado, pelos estudantes universitários, que queriam o fim da ditadura militar, por alguns setores da burocracia do Estado: os “preventistas” no Ministério da Saúde, que defendiam o aumento de verbas para a prevenção, e os “publicistas” no Ministério da Previdência e Assistência Social, que defendiam a prioridade de recursos para os hospitais públicos, pelo movimento da Medicina Comunitária, que defendia o modelo de medicina integral e pelo movimento popular de saúde que, junto com a igreja progressista, reivindicava a utilização da medicina natural. Todos passam a empunhar uma bandeira comum e começam a se organizar, constituindo o que ficou conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária (DA ROS, 1991). Este amplo movimento, articulado com outros setores da sociedade no combate à ditadura militar, adquire grande legitimidade, constituindo-se em ator social importante no processo de redemocratização do país, e no principal articulador das reformas do setor da saúde. Do outro lado estava o complexo médico-industrial. Esta expressão foi cunhada por Arnold Relman, antigo editor do *New England Journal of Medicine*, por analogia à expressão usada, em 1951, pelo presidente norte-americano Eisenhower: complexo militar-industrial (SCLIAR, 2002). No Brasil, ele estava constituído, à época, pelas instituições que representam as indústrias de insumos para a saúde - principalmente a indústria farmacêutica e a de recursos diagnósticos, pelos hospitais privados, pelas empresas de medicina de grupo e pela Associação Médica Brasileira. Apesar deste duro embate, o movimento da Reforma Sanitária (RS) consegue aprovar suas principais propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e levá-las para a Assembléia Nacional Constituinte. Finalmente, em 1988, consolida-se a primeira parte desta luta com a inclusão da maior parte do ideário da RS na Constituição Federal (DA ROS, 1991).

A implantação do SUS, entretanto, enfrentaria ainda grandes dificuldades. É só em 1990 que a Lei Orgânica da Saúde é editada, regulamentando os Artigos Constitucionais. Uma série de outras Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOBs), decretos e portarias são editados na tentativa de garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais. O primeiro grande foco de atenção se concentrava na descentralização da gestão e do financiamento. Conseguídos os primeiros avanços significativos nesta área, a partir da segunda metade da década de 1990, as discussões dirigiram-se agora para o modelo de atenção. Muitas propostas e modelos surgiram e foram testados em diferentes locais, estruturas, tempos e conjunturas, nas décadas de 1980 e 1990. Uma grande confusão aconteceu em alguns momentos, estabelecendo-se uma verdadeira disputa entre os diferentes modelos e propostas. A partir do momento em que o Ministério da Saúde assumiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia estruturante do SUS, no final da década de 1990, (BRASIL, 1997) e o definiu como modelo de atenção a ser implantado em todo o país, a disputa arrefeceu e, em que pesem as críticas que possam ser feitas ao PSF, é nele que se tem trabalhado.

Até este momento praticamente não se avançava nas discussões sobre a necessidade do desenvolvimento do trabalho em saúde. Parecia que as pessoas que deveriam, de fato, operacionalizar as propostas não eram objeto de preocupação daqueles que discutiam as reformas na saúde. Os problemas nesta área começaram a ficar muito evidentes. Por exemplo, um dos problemas mais importantes enfrentado para a consolidação e ampliação da estratégia da Saúde da Família está na capacitação e a formação dos profissionais de saúde, os médicos em particular, constituindo-se em um dos grandes entraves à ampliação da assistência com a qualidade e a resolutividade que o sistema necessita e a população exige (BADUY & OLIVEIRA, 2001).

Por outro lado, há mais de 40 anos discute-se, em foros diversos, a necessidade de mudar a educação médica (FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1999). A ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica, fundada em 1962, desde seu início questiona e propõe modificações no complexo formador de médicos. Mais recentemente o CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, avaliou as escolas médicas, formulando diagnósticos sombrios e extremamente preocupantes (ABEM, 2006). O Ministério da Educação e Cultura (MEC), através da Exame Nacional de Cursos, conhecido como “Provão”, que foi aplicado aos formandos de 1996 a 2003 (INEP, 2006), e da

Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação, independentemente das críticas que se possa levantar sobre este tipo de avaliação, desnudou questões semelhantes, preocupando ainda mais a sociedade ao explicitar alguns dos problemas dos cursos superiores no país, entre eles as escolas médicas. A baixa qualidade e qualificação dos professores, a baixa produção de conhecimento, a dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, a desumanização e descontextualização da prática, a incorporação indiscriminada de tecnologias, os currículos arcaicos são algumas das conclusões (FEUERWERKER, 2002).

As tentativas de mudança, que não foram poucas, lograram poucos resultados efetivos. As razões destes sucessivos fracassos são múltiplas e complexas (FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1999). Envolvem desde a mobilização de professores que pouco se interessam pelo processo de formação, mais preocupados que estão com a pesquisa, quando não com a sua prática profissional privada, até os interesses do capitalismo internacional, representado pelo complexo médico-industrial (DA ROS, 1991).

Comungo da opinião de muitos autores que advogam que a prática e a educação médica estão amparadas na concepção sobre saúde e doença predominante na sociedade em que estão inseridas em um determinado momento histórico (FEUERWERKER, 2002; CUTOLO, 2001 ALMEIDA, 1999; GARCIA, 1972). A inter-relação existente entre a estrutura social, a formação e a prática dos profissionais de saúde, entretanto, é uma questão complexa. Se há grande concordância de que a estrutura social tem papel determinante em relação à prática e à formação destes profissionais, há divergências importantes quanto ao grau de interdependência e/ou determinação entre a prática e a formação. Para muitos, a transformação das práticas, através da modificação dos modelos de atenção, exerceria influência determinante sobre a formação, modificando-a, ao criar um “mercado” de trabalho a ser ocupado. Para outros, são as transformações na formação dos profissionais que determinam a modificação de suas práticas. Estas diferentes visões definem, ou definiram até hoje, as estratégias de intervenção adotadas nas mudanças da formação de profissionais de saúde (ALMEIDA, 1999).

O acúmulo de problemas e o surgimento de contextos e estratégias diferenciadas têm favorecido o surgimento de propostas de mudanças mais profundas e abrangentes (FEUERWERKER, 2002). Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPS), a Network of Community-Oriented Educational Institutions for

Health Sciences – mais conhecida como “NETWORK”, o Programa UNI, e a própria CINAEM, lançaram diferentes propostas de mudança da educação dos profissionais de saúde no Brasil e na América Latina a partir dos anos 1990 (ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 2002). Algumas delas foram implementadas em vários locais de diferentes países. No Brasil, a proposta que obteve maior destaque, persistiu e está se consolidando é a do Projeto UNI de Marília e Londrina. Esta proposta tem como principais conceitos e instrumentos metodológicos a educação centrada no estudante e orientada para a comunidade, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a integração ensino-serviço-comunidade, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a responsabilidade social da escola, a avaliação como instrumento de mudança, a articulação das dimensões bio-psico-social, o desenvolvimento integrado de modelos acadêmicos e de modelos de atenção (FEUERWERKER, 2002; KOMATSU & CAMPOS, 2001).

Dentro das propostas pedagógicas envolvidas nesses projetos, a modificação das metodologias e a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem constituem-se entre os principais enfoques da maioria das propostas de transformação das escolas médicas e um dos fatores considerados estratégicos para o desenvolvimento das competências profissionais preconizadas.

Um dos principais objetivos é superar o ensino tradicional que, desde o fundamental até a pós-graduação, prevê um aluno receptor/depositário/objeto de conhecimentos e o professor como o detentor/transmissor/ sujeito do processo, pressupondo que o conhecimento se transfere passivamente, não dependente de elaboração do sujeito que aprende. Como resultado, temos um aluno passivo, com pouca ou nenhuma capacidade crítica e pouca participação no processo de ensino-aprendizagem, alienado e destituído de capacidade reflexiva sobre os conteúdos que lhe são repassados, e de quem é cobrada a memorização pura e simples destes conteúdos em avaliações quantitativas, com caráter punitivo. Do outro lado está o poderoso professor, inquisidor, autoritário e punitivo, mas de quem se espera receber todo o conhecimento necessário (ALARCÃO, 2001; 2003).

O marco teórico da educação médica é resultado de uma complexa interação envolvendo uma gama muito grande de interesses, desde os corporativos até e as relações de poder econômico e social do país e os interesses e estruturas do poder internacional. Tramitam em torno destes interesses as políticas para a formação dos trabalhadores em saúde.

O número de escolas médicas no mundo é estimado em 1,8 mil. O grande desafio dos dirigentes de vários países é adequar não só o número de médicos em relação à população, mas principalmente a sua distribuição nas diferentes regiões de cada país, e mesmo entre os diferentes países. A realidade mostra que a grande maioria dos profissionais concentra-se nas regiões economicamente mais favorecidas, em detrimento das áreas mais pobres, configurando-se um desenho que não atende os interesses de grande parte da população, exatamente a mais necessitada. O investimento social na formação de médicos, especialmente significativo para os países pobres e em desenvolvimento, acaba não revertendo para a melhoria da atenção dos mais necessitados, aumentando a exclusão de grande parcela da população (PIERANTONI, 2006).

PIERANTONI (2006), também analisa o fenômeno da migração de profissionais de saúde dos países pobres e em desenvolvimento para os países desenvolvidos, principalmente para os EUA. Neste aspecto também assumem importância acordos internacionais como o Nafta, o Mercosul e a União Européia, a exigir nova pactuação entre os países, regulando tanto a formação quanto o exercício profissional, além dos parâmetros éticos envolvidos nestes novos cenários geopolíticos.

No Brasil, a partir das décadas de 1960-70 acontece um grande aumento do número de universidades e de vagas na educação superior. Desde 1808, quando surgiram as duas primeiras escolas médicas no Brasil, logo após a chegada da família real portuguesa, até os anos 1950 foram criadas 29 escolas médicas no Brasil. Este número subiu rapidamente para 113 em 2003. Já no final da década de 1970 já eram 70 as escolas de medicina. Informações do INEP/MEC mais recentes indicam um número de 150 instituições com cursos de graduação em medicina em Outubro de 2005 (ABEM, 2006). O número anual de graduados, que mantinha uma média de 1.500 durante a década de 1970, saltou para mais de 9.000 em 2003 (MARINS *et al*, 2005).

Uma outra característica apontada por MARINS e colegas (2005), é o aumento do número de vagas. A análise das matrículas iniciais nos cursos de medicina no período de 1982 a 2003 apresentou uma elevação de 41%. Os dados também mostram que o aumento tanto no número de escolas médicas, quanto no de vagas se dá principalmente na área privada, localizando-se principalmente no eixo Rio-São Paulo-Minas Gerais, onde estão instaladas

mais da metade das escolas médicas do país. O número de egressos das escolas públicas caiu de 46% em 1982 para 35% em 2003. Os egressos de escolas privadas, por sua vez, subiu de 8 para 18% no mesmo período.

Um outro fenômeno que MARINS e colegas (2005) confirmaram foi a concentração e a migração de formandos para os grandes centros urbanos. Muitos estudantes iniciam seus estudos em uma região por um período mínimo, até conseguir sua transferência para suas regiões de origem ou para os grandes centros. A região Norte, por exemplo, é apontada como porta de entrada para os futuros médicos. Mantém-se, portanto, uma característica apontada por outros estudos, de concentração da formação e fixação dos médicos nos grandes centros urbanos, acompanhando a concentração de equipamentos econômicos e sociais (MACHADO *et al*, 1997).

Um dado importante é que, no período de 1982 a 2003, o Estado da federação que apresentou o maior aumento percentual de médicos formados foi Santa Catarina, com 74% (MARINS *et al*, 2005).

A partir de 1997, com incremento ainda maior a partir de 2001, tem ocorrido uma proliferação intensa e desordenada de escolas médicas, sem garantias de qualidade ou preocupações com as necessidades loco-regionais. Esta situação tem gerado preocupação muito grande de todas as entidades que, de uma forma ou de outra, estão envolvidas com a Educação Médica. A questão do número e da qualidade dos formandos, relacionados com a demanda de médicos necessária para dar conta do modelo de atenção do sistema de saúde no país, tem gerado intensas e acaloradas discussões. A capacidade regulatória do Estado nesse processo tem sido amplamente questionada (PIERANTONI, 2006).

A criação de novos cursos e instituições com base no mercado contrasta com a premissa da necessidade social do ensino. A concentração tanto da formação quanto da fixação dos profissionais médicos obedece, como vimos, a uma lógica de mercado. A OMS, já em 1995, considerava que o número de médicos no país era adequado às suas necessidades se considerada apenas a relação médico/habitantes (PIERANTONI, 2006). O que ocorre, entretanto, é uma grande desproporção existente no país nas suas diferentes regiões, situação que se mantém inalterada apesar da grande expansão da formação de médicos. Mesmo a estratégia de Saúde da Família, que alterou em grande parte o mercado de trabalho a partir do final da década de 1990, não modificou significativamente esta realidade.



Os mecanismos de regulação que têm sido propostos, tentando controlar a abertura de novos cursos e a definição de número de vagas, não têm surtido os efeitos esperados, até o momento. Na Câmara dos Deputados tramitam dois tipos de projeto de lei visando controlar a abertura de novos cursos de medicina. Um deles propõe que a solicitação de abertura de novos cursos deva ser submetida ao Conselho Nacional de Saúde, cujo parecer a ser submetido ao Ministro da Educação terá caráter terminativo, modificando a situação que acontece hoje, onde o parecer tem apenas caráter consultivo. O outro projeto de lei proíbe a criação de novos cursos de medicina e a ampliação de vagas nos já existentes por um período de dez anos. Apesar disso, novos cursos continuam sendo abertos e pedidos de abertura de outros estão em andamento. As resoluções baixadas pelo Ministro de Educação, a pedido do Ministro da Saúde, suspendendo a abertura de novos cursos, em 2003, com adiamento em 2004 por solicitação das entidades médicas, apenas adiou o problema por alguns meses (PIERANTONI, 2006).

Algumas escolas têm recebido incentivos para a implementação das Diretrizes Curriculares, como o Promed e o Pró-Saúde, como veremos abaixo. Entretanto, estes incentivos têm sido direcionados para as escolas mais tradicionais, exatamente as que terão maiores dificuldade de modificar seus currículos, por várias razões que não vale a pena analisar aqui. Por outro lado, as novas escolas que, em princípio, teriam mais facilidade de adequar sua proposta pedagógica, não recebem esta ajuda. O que pode acontecer, na prática, é um resultado pouco significativo ou de longo prazo ou, na melhor das hipóteses, a criação de escolas de primeira e de segunda categoria. Trago o exemplo do curso de medicina da Uniplac, do qual sou coordenador, que desde sua implantação, em 2004, cumpre todas as indicações das Diretrizes Curriculares, adotando um currículo integrado em unidades educacionais longitudinais, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, promovendo a avaliação essencialmente formativa e de processo, inserindo os estudantes nas Unidades de Saúde da Família desde o início do curso. O modelo que adotamos teve como base a Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, que presta consultoria até hoje ao curso. Apesar disso, não fomos contemplados com o Pró-Saúde. Outras instituições, entretanto, que pouco avançaram nessa direção, estão recebendo um aporte de recursos e apoios consideráveis. Os critérios para inclusão entre os agraciados com os incentivos não estão claros e nem parecem adequados e justos. Ao abandonar essas iniciativas à própria sorte, corre-se o risco de que estas propostas curriculares inovadoras não se sustentem,

percam legitimidade e, deste modo, dificultem a implantação das próprias DC na medida em que os que resistem às modificações possam utilizar os fracassos e/ou as dificuldades em implantá-las nesses locais como argumento.

Outra fonte fundamental de regulação encontra-se na Avaliação pelo MEC das Instituições de Ensino Superior. As avaliações feitas até agora, como o “Provão” e a Avaliação das Condições de Oferta, como visto acima, contribuíram para um diagnóstico um pouco mais acurado da realidade do ensino superior no Brasil, mas pouco para a modificação da realidade na formação dos profissionais. Em 2004 o Ministério da Educação instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES que pretende avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes (INEP, 2006). Espera-se que, ao incorporar as experiências anteriores, este sistema de avaliação consiga avançar na direção da implementação das Diretrizes Curriculares. Infelizmente, as contribuições da área da saúde, certamente a que mais discutiu e avançou na questão da avaliação das instituições e cursos de formação, foram pouco consideradas na composição do SINAES. A ABEM, por sua vez, criou a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas que, através da adesão voluntária das instituições de ensino, pretende fazer um diagnóstico do estado atual de cada escola e promover apoio para a implementação das Diretrizes Curriculares (ABEM, 2006).

Todas estas iniciativas parecem sinalizar para uma mudança no perfil dos profissionais da área da saúde. Vislumbra-se a possibilidade de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, e a perspectiva de oferta de profissionais médicos em acordo com as necessidades demandadas pela sociedade. Surge, agora, a oportunidade de modificar a estrutura dos atuais currículos das escolas médicas que já tem quase um século, e foi copiado do modelo norteamericano, instituído naquele país com base nas recomendações contidas no Relatório Flexner, publicado em 1910 (FLEXNER, 1910).

O modelo flexneriano de formação médica divide o curso em um ciclo básico de dois anos e outro profissionalizante de quatro anos. O ciclo básico, por meio das disciplinas, é eminentemente teórico e centrado na concepção biológica do processo saúde-doença (PICCINI, 1992).

O internato com estágios nas áreas básicas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Toco-Ginecologia e Pediatria, embora garanta um mínimo de experiência prática, é realizado dentro

do hospital, consolidando o modelo de intervenção no ser biológico. O exercício da medicina, entretanto, dá-se na maior parte do tempo nos ambientes extra-hospitalares, no nível ambulatorial, com diferenças substanciais em relação ao ambiente intra-hospitalar. Como decorrência, o médico recém-formado não está preparado para enfrentar a realidade da sua profissão (CUTOLO, 2001).

Este modelo de ensino médico, ainda predominante, leva o aluno, ao longo do curso, a substituir a sua posição questionadora e curiosa ao ingressar na escola, pelo desinteresse e alienação, distanciando-o cada vez mais do caminho da construção do conhecimento de forma significativa (FALCÃO, 1995).

Ao final do curso, ao recém-formado restam poucas alternativas. Com pouquíssima capacitação prática, inseguro, o neófito deve escolher entre tornar-se um especialista e tentar uma vaga na residência médica ou entrar logo no mercado de trabalho, mesmo com todas as deficiências que sabe possuir. A segunda opção é cada vez mais comum, dadas as crescentes dificuldades de acesso à Residência Médica e as necessidades econômicas enfrentadas pelos recém-formados e suas famílias. O mercado de trabalho, por sua vez, é muito limitado para o novato. Restam-lhe praticamente os serviços públicos de saúde, alguns convênios – os piores - ou deslocar-se para locais distantes e/ou pequenos. Todas as opções implicam, na maioria das vezes, em baixa remuneração e más condições de trabalho. Uma exceção tem sido, nos últimos anos, o PSF que tem absorvido um número muito grande dos profissionais recém-formados. Esta última situação, embora remunere melhor, compromete a Estratégia da Saúde da Família em função da qualificação inadequada da maioria dos egressos dos cursos de formação para o trabalho na atenção primária, exigindo, para a equalização do problema, investimentos significativos na qualificação destes profissionais, na melhor das hipóteses. Na maioria das vezes o que acontece é que os profissionais contratados para o PSF ficam à sua própria sorte.

O resultado final de todo esse processo é um profissional mal formado - e deformado - com baixo poder de resolução dos problemas, desmotivado, muitas vezes desiludido, distante e descompromissado com as necessidades de saúde da população.

As discussões sobre a terminalidade dos cursos de medicina apresentam-se como uma questão muito importante, diante das condições dos recém-formados. Na atual situação, é

muito evidente que a imensa maioria dos egressos dos cursos de medicina não está preparada para o exercício da profissão em acordo com padrões mínimos de competência profissional e muito menos para atender as necessidades de saúde da população.

Para reverter essa situação é necessário trabalhar em várias frentes, desde a graduação até a pós-graduação. A reforma dos currículos é um dos caminhos, e tem sido muito debatida, e é o objeto principal desta pesquisa. A revisão do tempo de formação também está sendo discutida em outros países.

Mas uma situação que só recentemente tem recebido a atenção devida é a da Residência Médica (RM). Na maioria das vezes a RM habilita profissionais para áreas altamente especializadas, que estão longe da realidade e necessidades dos serviços públicos de saúde. O Ministério da Saúde tem buscado discutir com amplos setores ligados à formação de profissionais da saúde e à gestão do SUS a adequação das Residências Médicas às necessidades sociais de saúde. A Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade tem recebido incentivos importantes e a sua articulação com as secretarias municipais de saúde e com as instituições formadoras pode modificar significativamente o panorama da Estratégia de Saúde da Família. A Residência Multiprofissional em Saúde também começa a se estruturar e certamente acrescentará uma qualidade extraordinária à formação de trabalhadores para o SUS.

Como ressaltado acima, retomando o tema da graduação, o movimento gerado pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM , a introdução do Exame Nacional de Cursos do MEC, entre outros, associados ao rápido incremento do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2003), puseram definitivamente em evidência as deficiências do ensino médico, fazendo com que as mudanças se tornassem absolutamente imprescindíveis. Como pano de fundo, e um dos móveis principais deste processo, a crise de legitimidade vivida pelas universidades ao ter questionado o seu papel na produção e transmissão de conhecimentos relevantes para a sociedade e na formação de profissionais adequados às necessidades sociais (BADUY & OLIVEIRA, 2001). Se não for capaz de dar estas respostas, a universidade terá enormes dificuldades para encontrar recursos e respaldo social, comprometendo irremediavelmente a sua sobrevivência.

Como um dos principais produtos destes movimentos surgem, em 2001, as Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Resolução CNE/CES 4/2001 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que “definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos [...] 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”. (BRASIL, 2001a). As Diretrizes Curriculares (DC) definem o perfil do médico egresso como um profissional

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 assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Entre as competências e habilidades a serem desenvolvidas na formação dos médicos está o processo de educação permanente, isto é, a capacidade de aprender a aprender. As DC destacam a valorização do método clínico como recurso propedêutico e a otimização do uso de recursos diagnósticos e terapêuticos, considerando a relação custo-benefício e as necessidades da população nas decisões médicas, considerando as evidências científicas. O papel social do médico e a importância de sua atuação na política e no planejamento em saúde são priorizados. As competências preconizadas supõem que “a formação deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e organizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (BRASIL, 2001a).

O processo de saúde-doença, na proposta das DCs, deve ser abordado, no curso de graduação em medicina, em seus múltiplos aspectos de determinação, no contexto individual, familiar e comunitário.

O projeto pedagógico do curso deve ser “construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2001a)”. O eixo do desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população e o estudante deve ser inserido em atividades práticas desde o início de sua formação, utilizando diferentes cenários de ensino aprendizagem com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, vinculando a formação acadêmica às necessidades sociais da saúde, preferencialmente nos serviços do SUS. A avaliação deve

basear-se nas competências e habilidades definidas nos conteúdos curriculares e englobar, além da avaliação dos estudantes, a avaliação dos docentes e do programa do curso.

Os Ministérios da Saúde e da Educação, por sua vez, tem denunciado as discrepâncias existentes em relação aos profissionais médicos, desde o número de profissionais e sua distribuição nas diferentes regiões do país até os problemas na graduação e na pós-graduação e tem defendido fortemente a inserção dos estudantes da área da saúde nos serviços públicos (INEP, 2006). O principal foco nos foros de discussão da formação de médicos tem sido exatamente a necessidade do seu comprometimento com as aspirações e necessidades de saúde da população. As esferas executivas e reguladoras do governo federal na área da saúde, e em menor grau na área da educação, mostram-se dispostas a contribuir efetivamente para esse processo, e de uma forma mais democrática.

Enquanto isso, uma série de propostas têm sido implementadas, aqui e em várias partes do mundo, tentando aproximar o processo formativo da realidade social e das necessidades da população (ALMEIDA, 1999). A integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade configura-se como o aspecto mais importante desse processo. A complexidade de cada um destes setores permite, por si só, antever as dificuldades na construção de um projeto de ensino-aprendizagem a partir da prática do trabalho. A inserção de cada parceiro – saúde, educação e movimentos sociais – passa necessariamente pela consideração dos projetos, do volume de recursos, dos objetivos e dos processos, que são significativamente diferentes para cada segmento. A conciliação de interesses tão diversos é extremamente difícil, como confirmam os relatos de muitas experiências deste tipo (ALMEIDA, 1999; GONÇALVES, 2003; SILVA JUNIOR *et al*, 1996). Muitas resistências devem ser vencidas, desde interesses corporativos até a definição do tempo pedagógico, relacionando-o às demandas do serviço e às necessidades da população. Como coordenador das Unidades de Prática de Saúde na Comunidade (UPSC) do curso de medicina da Universidade do Planalto Catarinense – Uniplac desde o início do curso, em 2004, pude vivenciar todas estas dificuldades.

Por outro lado, uma série de propostas de transformações do setor da saúde em geral, englobando a gestão, o financiamento e a assistência, tem surgido nas últimas décadas, no mundo e no Brasil, decorrentes principalmente destes questionamentos da sociedade sobre a qualidade dos serviços de saúde e dos custos do setor, com implicações importantes na área

dos recursos humanos em saúde, incluindo a sua formação, especialmente de profissionais médicos. No Brasil, setores do Estado até a pouco ausentes do contexto da formação de recursos humanos em saúde tem assumido seu papel institucional. O Ministério da Saúde (MS), em particular, começa a cumprir o papel definido no art. 200 da Constituição Federal de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 2000). O Ministério da Educação e Cultura (MEC), também tem avançado, embora com mais dificuldades, nesta direção.

Assim, em Dezembro de 2001, foi lançado o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina – PROMED, que beneficiou 19 escolas médicas no país (ABEM, 2006).

Em Novembro de 2005, o MEC e o MS instituem, através de portaria interministerial, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, que substitui o PROMED, ampliando os seus objetivos e expandindo sua atuação para as áreas de enfermagem e odontologia (ABEM, 2006).

Como parte da nova política de educação permanente para os profissionais da saúde do SUS, o Ministério da Saúde apresentou, em 2004, proposta voltada para o ensino de graduação nas profissões de saúde denominada “AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde”. No documento o MS, junto com o MEC, propõe a aproximação das instituições de ensino superior com os gestores do SUS, com o intuito de possibilitar aos docentes e estudantes “conhecer e apropriar-se do sistema de saúde vigente no país, compreender e conquistar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde e defender e construir a atenção integral à saúde [promovendo] o encontro da educação superior (docentes e estudantes) com os gestores do SUS, os trabalhadores de saúde e com o controle social em saúde...” (BRASIL, 2004).

Todos estes movimentos provocaram um profundo impacto em todo o complexo formador de médicos do país. Em todos os cursos de medicina ocorrem atualmente debates intensos sobre as necessidades de modificação curricular, visando o cumprimento das Diretrizes Curriculares e a transformação do processo formador dos profissionais de saúde. É importante também destacar o papel dos estudantes neste processo. O movimento estudantil específico da medicina, através da DENEM, posiciona-se progressivamente em favor das

transformações na educação médica, exercendo papel relevante.

As novas propostas de formação de profissionais da área da saúde exigem a recontextualização dos docentes e dos discentes e a ressignificação do currículo e dos processos de ensino-aprendizagem. O objetivo é modificar profundamente o perfil do profissional egresso. Este, além de tecnicamente capaz, deverá desempenhar suas atividades profissionais com elevado grau de responsabilidade social e compromisso com a comunidade e com o SUS.

Parte-se da premissa de que a concepção do processo saúde-doença é que determina, em última instância, a organização dos serviços de saúde, a prática profissional e a formação dos recursos humanos em saúde (FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1999; MENDES, 1996). Se esta concepção professa o modelo flexneriano, centrado no hospital, no diagnóstico e tratamento da doença e, portanto, na figura do médico, de preferência um especialista, a organização dos serviços, a prática dos profissionais de saúde e a sua formação se dará de modo completamente diferente do que seria se esta concepção fosse ampliada e englobasse todos os determinantes da saúde e do adoecer, incluindo a qualidade de vida, as condições de existência, como a renda, habitação, lazer, enfim, se saúde-doença fossem consideradas como determinadas socialmente.

Por outro lado, as práticas dos profissionais de saúde, em especial a dos médicos, e a organização dos próprios serviços também determinam, em grande parte, a percepção que a sociedade tem sobre o exercício da profissão.

Neste capítulo procuramos definir o local de onde falamos, ou seja, a formação de trabalhadores para a saúde, mais especificamente dos médicos, analisando alguns contextos relacionados com essa realidade. No próximo capítulo vamos discutir e analisar sobre o que falamos, isto é, as concepções de saúde-doença.



## 2. CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O conceito de saúde vem sendo modificado ao longo do tempo, evoluindo desde uma concepção místico-religiosa até adquirir uma conotação ampla e complexa, passando a incorporar os aspectos individuais, ambientais, sócio-econômicos e culturais como intervenientes na situação de saúde de pessoas ou coletividades, com diferentes graus de determinação, na dependência de condições político-ideológicas específicas dos atores sociais envolvidos em sua formulação. Dois grandes modelos explicativos, representando concepções diferenciadas do processo saúde-doença, serão analisados em decorrência do papel que desempenharam no desenvolvimento do conhecimento, na formação dos recursos humanos, na organização dos serviços e na prática profissional da área da saúde: o modelo biologicista e o da determinação social da doença. As principais concepções de saúde e doença, envolvendo as causas do adoecer ou as condições que estabelecem as possibilidades de manter-se saudável que embasam os diferentes modelos serão também analisadas, envolvendo a unicausalidade e a multicausalidade das doenças.

Alguns modelos explicativos são analisados, como o da História Natural da Doença, um modelo heurístico representativo da multicausalidade, tendo em vista seu valor didático. Como um arcabouço sistematizado, permitem uma representação visual dos diferentes aspectos envolvidos, suas interconexões, as variáveis envolvidas, os diferentes níveis de complexidade e as possibilidades de operacionalização. Mesmo que representem uma visão fragmentada e parcial, dada a complexidade da realidade que representam, estes modelos podem ser úteis para uma melhor compreensão das diferentes abordagens analisadas.

### 2.1 O Relatório Flexner

Em 1910 foi publicado o estudo *“Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foudation for the Advancement of Teaching”*

(FLEXNER, 1910), que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*'Flexner Report'*) e foi o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e para a medicina mundial.

Abraham Flexner, um professor desempregado, foi indicado para a tarefa por seu irmão Samuel Flexner, diretor da Rockefeller Institute for Medical Research e um dos presidentes da John Hopkins University. Vistoriou pessoalmente, todas as 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá entre Dezembro de 1908 e Abril de 1910. WHORTHEN *et al* (2004) afirmam que

Embora baseado apenas em visitas de um dia, feitas por ele e um colega, Flexner afirmou que o treinamento de qualidade inferior era óbvio de imediato: 'Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada' [...] Formulou as conclusões de suas avaliações em termos contundentes (definindo, por exemplo, as quinze escolas de Medicina de Chicago como 'a mancha do país em relação à formação médica') e logo 'as escolas entraram em colapso a torto e a direito, em geral sem um único murmúrio'.

As palavras citadas são de Flexner em sua autobiografia, publicada em 1960.

Flexner desprezava qualquer esforço para validar os critérios ou o processo que empregava, insistindo que os indicadores “óbvios” que utilizava eram suficientes para formular um juízo de valor. Seu trabalho foi executado sem a utilização de um instrumento de avaliação padronizado. Na sua autobiografia, agora analisada por HIATT (1999), ele deixa clara a maneira com que realizou a pesquisa: “Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei” (destaque de HIATT).

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, através de “uma volta pelos laboratórios” “em umas poucas horas” e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero “passeio de mãos nos bolsos” pelo local avaliado (WORTHEN, 2004). Pois esta avaliação transformou-se no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental, durante a primeira metade do século XX.

Entretanto, é importante que entendamos o contexto em que o estudo de Flexner foi produzido. À época, a situação das escolas médicas nos EUA era considerada caótica pelos reformistas. Como não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, abolida em meados do século XIX, havia uma grande proliferação de escolas de medicina, com abordagens terapêuticas as mais diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados, e independentemente de fundamentação teórico-científica (MENDES, 1985). Três tipos de escolas de medicina podiam ser caracterizadas nessa época: as ortodoxas, as homeopáticas e as ecléticas (THOMAS, 2001).

As terapêuticas ecléticas utilizavam plantas nativas e sua vertente acadêmica era denominada fisiomedicalismo (*'physio-medicalism'*) ou botanomedicalismo (*'botanic-medicalism'*) e são precursoras da fitoterapia. Houve até treze faculdades ecléticas entre 1836 e 1911 (LIMA, 2003).

A Homeopatia, fundada pelo alemão Samuel Hahnemann na década de 1790, foi introduzida nos EUA a partir de 1825, e a primeira faculdade homeopática foi fundada em 1835 por Constantine Hering. Em 1840 os homeopatas já estavam organizados em sociedades, tinham publicações regulares e uma prática bem estabelecida. Em 1844 foi fundado o American Institute of Homeopathy (AIH), que, como uma de suas funções, estabeleceu os padrões para a formação médica em homeopatia. Foram criadas muitas faculdades com graduação em medicina homeopática e sua prática se expandiu, atingindo grande aceitação social (THOMAS, 2001).

Em 1847 foi fundada a American Medical Association, que representava – e ainda representa - os praticantes da medicina ortodoxa. Seus membros estavam proibidos, sob pena de expulsão, de se consultar com homeopatas e de tratar pacientes que se tratassem também com homeopatia. Exigiu ainda que as associações locais a ela afiliadas expulsassem todos os seus membros homeopatas.

A partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da AMA e outras publicações ortodoxas (THOMAS, 2001).

A associação entre a corporação médica e o grande capital, passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”. O Relatório Flexner tem a intenção de legitimar e validar este modelo biomédico. Com este fim, foram investidos pela fundação Carnegie US\$ 300 milhões entre 1910 e 1930. “Pode-se concluir pois que a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades” (MENDES, 1985).

Com o relatório Flexner, muitas escolas foram fechadas. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de vinte para quatro entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico. A última escola de fisiomedicalismo foi fechada em 1911. Cinco das sete escolas para negros foram fechadas. A escola médica se elitizou e passou a ser freqüentada pela classe média alta (ULLMANN, 1991; MENDES, 1985).

CUTOLO (2001) analisa pormenorizadamente o Relatório Flexner em sua tese sobre Estilo de Pensamento em Educação Médica. Destaca o caráter inovador e revolucionário da proposta flexneriana para a sua época, o que implica em entender sua postura e reconhecer seus méritos ao criticá-lo.

O que Flexner propõe é a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Um ensino médico padronizado, organizado em um ciclo básico e outro clínico, realizados no laboratório e no hospital, ministrados por professores com dedicação exclusiva à vida acadêmica, entendida esta última como ensino e pesquisa.

Durante os dois primeiros anos desenvolvem-se as disciplinas básicas: anatomia, histologia, embriologia, fisiologia e bioquímica no primeiro ano, farmacologia, patologia, bacteriologia e diagnóstico físico no segundo. “Nesta proposta, o enfoque biologicista deixa de ser predominante para tornar-se único” (CUTOLO, 2001). Nas palavras do próprio Flexner: “O corpo humano pertence ao mundo animal. É a soma de tecidos e órgãos na sua estrutura, origem e desenvolvimento [...] ele cresce, reproduz-se, deteriora-se, de acordo com

leis gerais. Está sujeito a ser agredido por agentes biológicos e físicos hostis.” (FLEXNER, 1910).

As posturas são essencialmente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, através da observação e da experimentação. A anatomia, a fisiologia e a patologia são organizadas como disciplinas que embasam o entendimento das doenças. As salas de necrópsia e os experimentos reproduzindo as doenças em laboratório articulariam as funções e estruturas normais e a clínica, nos dois primeiros anos. O contato com a clínica não ocorre antes do final do segundo ano. Somente após conhecer o normal deve-se ter contato com o doente (o anormal); a teoria deve vir antes da prática.

O ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, entendido como um laboratório. O hospital é o local privilegiado para estudar as doenças. “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER, 1910).

As disciplinas do ciclo clínico devem incluir medicina (doenças infecciosas, clínica médica e pediatria), cirurgia, obstetrícia e as especialidades médicas.

A ambientação é biologicista, o enfoque é sempre a doença e o atendimento é individual. A estrutura e o funcionamento do corpo humano baseiam-se num modelo mecanicista, onde os órgãos e sistemas do corpo são estudados e analisados isoladamente. O conhecimento médico se fragmenta e a medicina se divide em especialidades. O local privilegiado para o ensino é o laboratório e o hospital.

Ao colocar o professor como um profissional dedicado exclusivamente ao ensino e à pesquisa de laboratório, os clínicos e os ambulatórios são praticamente excluídos das atividades docentes. Isto traz conseqüências importantes para ensino e o exercício da profissão, na medida em que afasta o estudante das reais condições de trabalho, e implica na compartimentalização da medicina em especialidades e em uma separação entre clínicos e pesquisadores, com maior *status* acadêmico para os últimos. Outras áreas relacionadas ao trabalho da saúde, como psicologia, sociologia, antropologia, não são sequer mencionadas (CUTOLO, 2001).

A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público, a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados como implicados no processo de saúde-doença (SANTOS, 1986).

A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. A medicina ilustra claramente este processo (LUZ, 1993).

O desenvolvimento acelerado do capitalismo nos EUA desde o final do século XIX tem implicações diretas sobre a medicina. A criação de um mercado interno consumidor de serviços médicos exige uma adaptação da prática médica (GARCIA, 1989).

A medicina científica permite o desenvolvimento do chamado “complexo médico-industrial” (DA ROS, 1991), com espaço cada vez maior para o desenvolvimento e aplicação de tecnologias para o diagnóstico e a terapêutica. O conluio entre a corporação médica, o grande capital - especialmente a indústria farmacêutica e de tecnologia diagnóstica - e as escolas médicas permitem o desenvolvimento de um poderoso *lobby* que atinge de forma avassaladora o meio médico, impossibilitando os movimentos isolados de resistência de se organizarem e obter espaço institucional e, em última instância, social.

A instituição hospitalar passa a ser o local onde se concentram os serviços, permitindo a sistematização da assistência, transformando-a em verdadeiro laboratório de investigação biomédica e clínica. O ensino médico desloca-se para os hospitais, que se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades (LUZ, 1993).

As repercussões e a amplitude dos efeitos provocados sobre a educação médica após a divulgação do relatório de Flexner fez com que muitos denominassem a nova ordem de formação médica como “modelo flexneriano”. Acredito, como outros autores, que há um exagero nisso, e mesmo uma injustiça, já que Flexner nada mais fez do que legitimar, com suas pobres avaliações, um processo que já estava em andamento de forma irreversível, isto é, a consolidação do modelo científico na medicina.

## 2.2 O modelo unicausal

Se toda forma de pensar se origina “nas experiências dos indivíduos com o mundo material objetivo, das relações práticas dos homens com as coisas e nas relações das pessoas entre si...(GARCIA, 1981)”, são as modificações estruturais da sociedade, que se dão historicamente, que determinam as transformações que ocorrem também na educação e nas práticas médicas.

O modelo biomédico que se consolida na formação médica a partir do Relatório Flexner, reproduzindo-se nas práticas profissionais, tem origem na segunda metade do século XIX, com o desenvolvimento da teoria bacteriana. Nesta época, Ehrlich, Kock e Pasteur desenvolvem a “teoria do germe” como causa biológica das doenças. A idéia de que “vermes”, “animalúnculos” ou “sementes” pudessem ser a causa de doenças é muito antiga e remonta ao primeiro século A.C. Já em 1676 Leeuwenhoeck identificou a existência de microorganismos observados ao microscópio, que ele inventara (ROSEN, 1994).

A teoria do germe vem sacramentar uma visão de causação biológica da doença que já vinha sendo gestada há muito tempo. As observações empíricas permitiram levantar hipóteses sobre o contágio das doenças desde a antiguidade. Tornou-se evidente, através da observação rigorosa da evolução das doenças epidêmicas, que o homem doente podia transmitir a sua doença aos demais, através de contágio direto, por fômites ou outros veículos.

As observações empíricas e formulações conceituais para explicar o surgimento das doenças e das epidemias foram estruturando diferentes modelos explicativos que se agruparam em pelo menos duas grandes tendências: os contagionistas e os não contagionistas, também chamados de infeccionistas, ou miasmáticos. A primeira defendia a tese de que eram germes específicos que causavam as infecções e doenças epidêmicas. Os segundos acreditavam na geração espontânea e que o ar, elemento central na veiculação da doença, tornava-se nocivo por influência tanto do meio natural como meio social. Os pântanos, mangues e charcos eram considerados como produtores de miasmas paludosos, minúsculas partículas orgânicas que provocavam a insalubridade do ar. Tudo o que impedisse a livre circulação do ar também poderia contribuir para essa insalubridade. Nas influências do meio social, o homem, através de suas funções orgânicas (secreções, excreções, exalações, etc.) e

das transformações que introduz no ambiente, atua como o agente contaminador do ar. Estas duas influências alteravam a qualidade, a salubridade e a respirabilidade do ar, e a intervenção sobre elas poderia combater as doenças e epidemias.

Estas duas tendências teóricas geraram o higienismo, cujo pensamento transformou-se, em alguns momentos históricos, no pensamento social hegemônico, legitimando modelos de intervenção social em diferentes áreas, desde as reformas sanitárias, a reforma urbana, as políticas demográficas, até o modelo higienista do corpo saudável (VERDI, 2002).

A teoria miasmática vai predominar do século XVI até o advento da bacteriologia, na segunda metade do século XIX. Nas primeiras décadas do século XIX predominavam as idéias não contagionistas da geração espontânea, que embasaram o movimento sanitário construído pelos revolucionários do final do século XVIII e primeira metade do século XIX na Europa que constituiu o movimento da medicina social.

Para BOYLE (*apud* BARATA, 1985): “As doenças originam-se, parcialmente, das partículas da atmosfera e parcialmente de diferentes fermentações e putrefações dos humores. As primeiras insinuam-se entre os sucos do corpo, desagregando-os, misturam-se ao sangue e finalmente contaminam todo o organismo”.

Já para SYDEHAM (*apud* BARATA, 1985): “A peste é um complexo sintomático que a Natureza usa para demonstrar a eliminação natural, pela qual um abscesso ou outra forma de erupção pode expelir do corpo aquelas partículas miasmáticas que nós adquirimos com o ar que respiramos”.

O mesmo SYDEHAM esclarece a origem dos *miasmas* ao enunciar sua concepção de *constituição epidêmica*: “Há diferentes constituições em diferentes épocas. Elas não se originam do calor, nem do frio, nem da umidade, nem da secura, elas dependem de certas misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da Terra. Pelos seus eflúvios, a atmosfera torna-se contaminada e os organismos dos Homens são predispostos e determinados”.

Os elementos (fogo, ar, água, terra), cedem lugar às partículas miasmáticas, inaladas nos ares contaminados pelos eflúvios oriundos das entranhas da terra e/ou de fermentações e



putrefações. É esta concepção causal de doença que as descobertas de Pasteur vêm derrubar. Não sem resistência.

Por outro lado, avançavam os conhecimentos de anatomia, que se avolumavam desde os séculos XVI e XVII, a teoria da célula, com Schleiden e Schwann, a fisiologia, com Claude Bernard, fizeram com que os médicos descobrissem os laboratórios e o microscópio como instrumentos fundamentais para o seu trabalho. Células, tecidos, órgãos, peças anatômicas, reações químicas passam a ter uma importância extraordinária para a medicina. A genética e a parasitologia desenvolvem-se muito. Surgem os raios-X. A infectologia, a vacinação, a assepsia e a cirurgia efetivam-se ou são impulsionadas a partir desses conhecimentos. Os modos de ver e entender as doenças são profundamente influenciados por estas descobertas e repercutem profundamente na prática e na educação médica.

O desenvolvimento dos campos de conhecimento da patologia, histologia, química, fisiologia e, em especial, da microbiologia que ocorrem nesta época vão provocar uma verdadeira revolução no conhecimento médico. As implicações que o avanço destes conhecimentos irão ter sobre as ciências médicas, e o uso que o complexo médico-industrial irá fazer deles, vão modificar profundamente as concepções de saúde e doença, as práticas médicas e a própria história da medicina. O entendimento da saúde-doença como determinada socialmente, construída durante a primeira metade do século XIX pela Medicina Social, perde força e é substituída por outra, de base biológica em que a bactéria é considerada como causa única da doença. A tal ponto que Behring, em 1893 (ROSEN, 1979), sentencia que, a partir da descoberta da bactéria, a medicina não precisa mais perder tempo com problemas sociais. Resta apenas descobrir qual bactéria é a responsável por cada doença. A doença tem uma única causa. As pesquisas são dirigidas para descobrir quais bactérias são responsáveis por cada doença, como elas entram e que efeitos provocam na “máquina humana” e como se pode eliminá-las. Está aberta a temporada de caça às bactérias. Cursos de bacteriologia, campanhas de exterminação de mosquitos transmissores de doenças, pesquisa de vetores são iniciativas típicas desta fase na Saúde Pública. Para DA ROS (2000):

A concepção de saúde é de que a doença é causada por um agente externo que entra em contato com o homem, naturalizando o processo.[...] É, portanto, um conceito que, além de ser unicausal, subsume o homem a um achado ocasional no processo biológico, conseqüente a um micróbio localizado dentro do vetor ( este sim o objeto de estudo, e não o homem).

Para BARATA (1985) “...a bacteriologia veio liberar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a impediam de desenvolver-se cientificamente.” De qualquer forma, estava fundada a Medicina Científica.

O modelo biomédico preconizado pelo Relatório Flexner só vai começar a exercer influência na América Latina após a Segunda Guerra Mundial, com a política desenvolvimentista dos EUA para os países do terceiro mundo. Até então, as escolas médicas na América Latina, que totalizavam 40 à época da publicação do relatório, estavam em mãos de governos e instituições religiosas e seguiam modelos europeus, principalmente o francês e o alemão (CUTOLO, 2001). O modelo flexneriano se instala de forma definitiva na América Latina somente a partir da década de 1960, com a instalação de governos militares autoritários em praticamente todo o continente, patrocinados pelos EUA em sua luta anticomunista, dentro da política de expansão das escolas médicas que ocorre nesta época. No Brasil não foi diferente.

É interessante notar que desde o início da década de 1950, alguns pressupostos do Relatório Flexner eram questionados nos EUA, especialmente pela Medicina Preventiva. A própria John Hopkins University já “avançava” em alguns aspectos em relação às suas propostas originais. Estávamos atrasados pelo menos em 40 anos, como sempre (DA ROS, 2000).

Para a análise dos dados vou englobar o “modelo flexneriano” e o modelo unicausal como fazendo parte da concepção biologicista do processo saúde-doença.

### **2.3 O modelo multicausal**

Logo ficaria evidente que o modelo biologicista, unicausal, biomédico não daria conta de explicar e enfrentar toda a complexidade que envolve o processo de adoecer e recuperar a saúde. O próprio desenvolvimento da bacteriologia e da farmacologia, além da imunologia, tornou claro que apenas conhecer mais sobre os microorganismos causadores de doenças e sobre os fármacos ou vacinas para combatê-los não era suficiente para se obter

sucesso na sua erradicação. Outras circunstâncias exercem influências tão ou mais importantes sobre a saúde das pessoas. Uma série de outros fatores predisponentes e mantenedores da enfermidade estão envolvidos (CUTOLO, 2001).

Com a crítica que evidencia claramente a insuficiência da formulação unicausal, retorna-se às concepções multicausais do processo saúde-doença.

Hipócrates, na Grécia Antiga, foi o primeiro a relacionar de forma sistemática os efeitos dos fatores do ambiente físico sobre o organismo humano que poderiam provocar doenças. Desenvolve, já naquela época, um conceito de causalidade mais complexo e elaborado, envolvendo as reações do homem às agressões do ambiente natural (BARATA, 1985). Um de seus livros chama-se “Dos ares, das águas e dos lugares”, indicando exatamente estas preocupações.

Durante a maior parte do século XX a noção de multicausalidade das doenças será predominante, variando apenas as formas com que o conceito será apresentado em diferentes momentos. Surgem muitas formulações do conceito de multicausalidade propostas por diferentes autores em momentos distintos. O que existe de comum entre todos eles é “a tentativa de redução do social e sua descaracterização através de construções ahistóricas e biologicistas” (BARATA, 1985).

Normalmente são reconhecidos três tipos de fatores intervenientes: os do agente, os do hospedeiro e os do meio ambiente. A modificação em qualquer dos fatores altera o equilíbrio do “sistema”, permitindo o surgimento das doenças.

No início do século XX, com a fundação da psicanálise, os fatores psíquicos são agregados como passíveis de contribuir para provocar doenças e, desta forma, acrescidos ao rol multifatorial. Assim é que a Medicina Integral, que se desenvolve nos Estados Unidos a partir da década de 1940 propõe a abordagem “bio-psico-social” do ser humano (PAIM, 1986).

O social sempre aparece, nestes modelos, como mais um atributo do homem, nunca como a essência de ser humano.

Alguns destes modelos, como o proposto por MacMahon, que ele chama de Rede de Causalidades (PEREIRA, 2002), chegam a negar que as causas possam ser conhecidas e afirma mesmo que o seu conhecimento não é necessário para desenvolver medidas de controle. Em suas palavras: “Afortunadamente, para executar medidas preventivas, não é necessário compreender os mecanismos causais em sua integralidade” (*apud* BARATA, 1985). A identificação do componente mais frágil à intervenção e a atuação sobre êle seria suficiente para atuar sobre a doença.

O modelo ecológico, entretanto é o mais emblemático. As inter-relações entre os fatores do agente, do hospedeiro e do meio representam um sistema fechado, regulado por retroalimentação (“feed-back”). Agentes e hospedeiros sofrem influência e influenciam o ambiente em que vivem. A sobrevivência dos seres vivos (agentes e hospedeiros) depende das condições do meio-ambiente, que também pode ser alterado por eles.

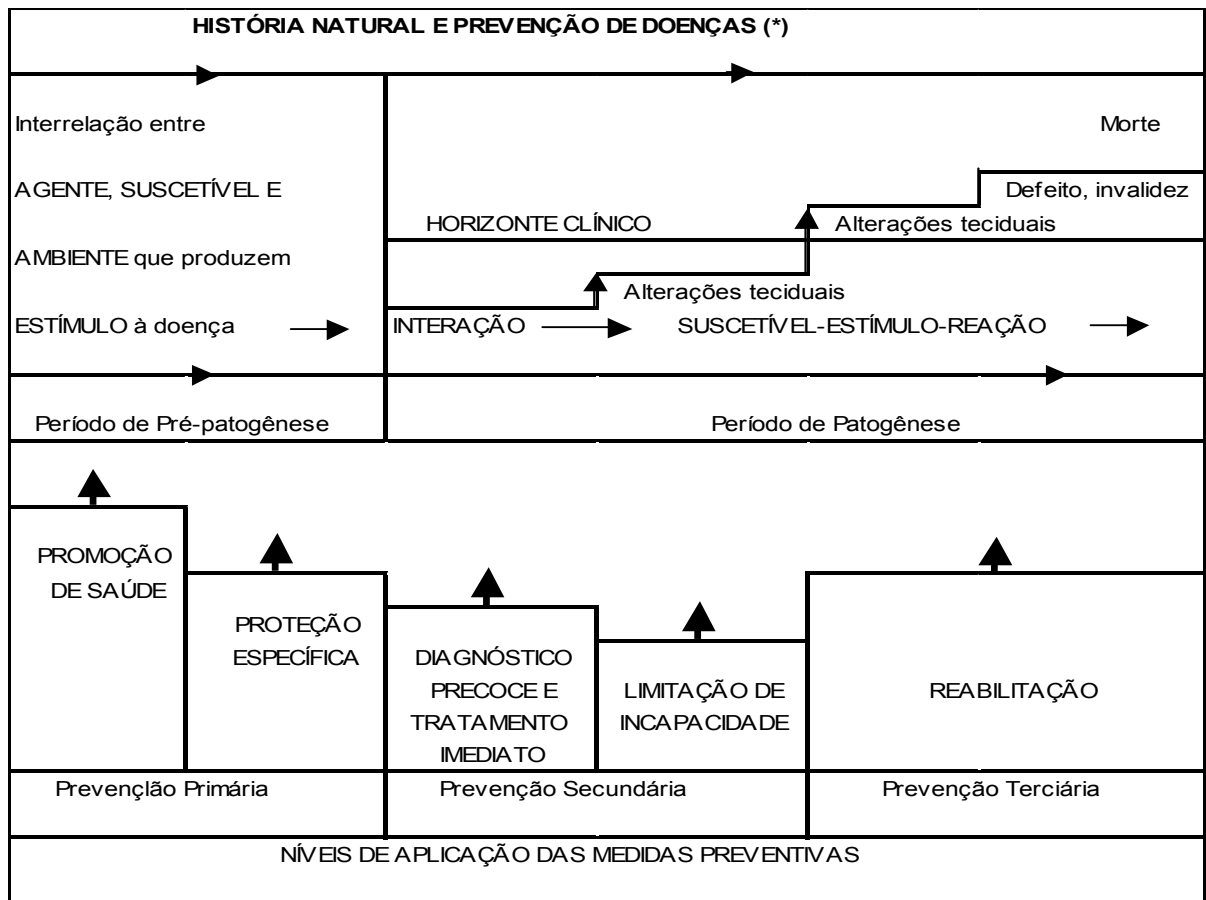
No modelo ecológico as relações que o homem estabelece com a natureza e com os outros homens sofrem uma redução naturalista, reduzindo o homem à sua condição animal, biológica (DA ROS, 2000). A produção social é apenas um dos fatores do meio-ambiente. As relações passam a ser ahistóricas e intemporais. “Essa manobra ideológica tem como conseqüência a crença de que a população de um ecossistema (agentes e hospedeiros) não apresenta outras variações que as exclusivamente naturais” (BARATA, 1985).

As críticas ao modelo ecológico, que atingem seu auge ao final da década de 1960 até meados dos anos 1970, exigem reformulações na compreensão do processo saúde-doença. É assim que o modelo da História Natural da Doença, inaugurado por John Ryle em 1936, reintroduzindo as ciências sociais na epidemiologia (DA ROS, 2000) é retomado e sistematizado por LEAVELL E CLARK (1976), e acaba por torna-se o principal fundamento técnico da medicina preventiva (ALMEIDA FILHO, 1999).

Para LEAVELL & CLARK (1976) a História Natural da Doença envolve

as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

Na Fig.1. está representado o diagrama da História Natural da Doença.



(\*) LEAVEL & CLARK

**Fig. 1** – Diagrama da História Natural da Doença

Fonte: ROUQUAYRO & GOLDBAUM, 1999.

Neste modelo, é no meio ambiente, externo, que estão presentes as pré-condições, os condicionantes pré-patogênicos que, ao agir sobre o suscetível (hospedeiro), vão possibilitar o surgimento da doença. Ambiente aqui é entendido como o conjunto de todos os fatores que têm relação com o agente etiológico e o suscetível, envolvendo tanto o ambiente físico quanto o biológico e o social, incluindo as interações sociais, políticas, econômicas e culturais, atingindo uma amplitude maior do que o conceito ecológico (ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 1999).

O meio interno constitui o *locus* da doença, onde, desencadeado o processo, ocorrem as modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas características de cada patologia.

Alguns fatores colocam-se na zona limítrofe entre estes dois campos. São fatores intrínsecos que só se manifestam na presença de determinadas condições ou estímulos. É o caso dos fatores hereditários, congênitos ou de certas conseqüências de doenças anteriores.

O termo “natural”, neste contexto, segundo ROUQUAYROL & GOLDBAUM (1999), não é utilizado em detrimento do social, cada um assumindo o seu papel dentro da história da instalação e evolução da doença no homem.

A história natural da doença desenvolve-se em dois períodos distintos e seqüenciados: o período pré-patogênico e o período patogênico. O primeiro período engloba as inter-relações entre os condicionantes sociais e ambientais, por um lado, e, de outro, os fatores próprios do suscetível, até o ponto em que se configura uma situação favorável à instalação da doença. A partir deste momento segue-se a implantação e a evolução da doença no homem, que representa o segundo período.

As pré-condições para o aparecimento das doenças, individuais ou coletivas, dependem de quais fatores estão presentes ou ausentes e da forma como eles se inter-relacionam. Desta estruturação depende o grau maior ou menor de risco a que estão expostos indivíduos e coletividade. Da interação complexa entre fatores sociais (econômicos, políticos, culturais e psico-sociais), ambientais, genéticos e das condições singulares do hospedeiro depende o desenvolvimento ou não da doença e a sua gravidade.

A instalação da doença inicia-se pela interação entre o estímulo e o suscetível, que se torna predisposto a adoecer. Instalada a doença, ocorrem alterações bioquímicas, fisiológicas e histológicas, ainda sem manifestações clinicamente detectáveis. Algumas doenças não ultrapassam este estágio, quando as defesas do organismo conseguem restabelecer o estado de saúde inicial. Com o avanço da doença surgem alterações da forma e função dos órgãos e tecidos, com o surgimento dos sinais e sintomas clínicos. O desenlace de todo o processo pode se dar com a cura, a cronificação, ou a evolução para o defeito-invalidéz ou para a morte.

A prevenção das doenças no modelo da História Natural da Doença, pode ser feita em qualquer dos períodos. Quando ela se dá no período pré-patogênico é chamada de prevenção primária e engloba ações de promoção da saúde (condições de moradia, escolas,

lazer, alimentação, educação) e de proteção específica (imunizações, condições de trabalho, medidas de higiene, aconselhamento genético, prevenção de acidentes, controle de vetores). Quando a prevenção ocorre já no período patogênico é dita secundária e inclui o diagnóstico e o tratamento precoces (inquéritos populacionais, exames periódicos, isolamento, tratamento adequado e precoce) e limitação da incapacidade (evitar complicações e seqüelas). A prevenção terciária consiste na reabilitação dos incapacitados e sequelados (fisioterapia, terapia ocupacional, emprego).

A concepção que norteia a proposta da História Natural da Doença é a da multifatorialidade. Parte-se do pressuposto de que nenhuma condição é, por si só, suficiente para dar início à doença no indivíduo suscetível. A estruturação dos diversos fatores contribuintes em cada situação é que irá determinar as possibilidades da eclosão da doença. O grau de estruturação entre os fatores configura uma matriz que determina a probabilidade ou grau de risco e a força do estímulo patológico. Quanto mais estruturados os fatores, maior será a força do estímulo patológico. Mais que isso, esta estruturação não é resultado de simples justaposição de diferentes fatores, mas existe sinergia entre eles, sendo o resultado final maior do que a soma das partes. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos, em diferentes combinações e grau de determinação, constituem o ambiente gerador de doença (ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 1999).

A concepção de saúde da epidemiologia passa a ser multicausal, multifatorial e as variáveis que a determinam podem ser entendidas por análises matemáticas, através da estatística. Sua característica é estudar um evento através de instrumental matemático-estatístico para estabelecer que variáveis têm relação, e qual a intensidade da relação com o evento estudado (DA ROS, 2000). Seu marco teórico é o positivismo, reduzindo mais uma vez o processo saúde-doença ao escrutínio matemático, através da bio-estatística. A causação social é uma das variáveis a serem analisadas, sem nenhum grau hierárquico de determinação. A sociedade e as formas como ela se organiza são variáveis da multicausalidade. Os pilares deste modelo são, além da estatística, a sociologia, e a biologia humana. Nas ciências sociais, a antropologia e a sociologia têm assento, na vertente não marxista. “O conceito de mundo e de saúde é inferido como redutível à matemática e as investigações são multifatoriais, determinando a variação biológica pelos cálculos realizados” (DA ROS, 2000). Embora fatores como cor, idade, grau de instrução, sócio-demográficos e outros sejam relacionados

aos fatores biológicos, estas variáveis não são correlacionadas com a organização social e econômica. O social é apenas mais uma variável estatística.

## 2.4 O modelo da determinação social da doença

A partir do final da década de 1960 os sérios questionamentos ao modelo ecológico fazem com que surjam propostas de reformulação da compreensão do processo de saúde-doença com o intuito de aproximar a saúde pública como um todo, e, em particular, a epidemiologia, aos interesses da população, introduzindo novas práticas de intervenção (BARATA, 1985).

Nas palavras de LAURELL (1983):

Torna-se insustentável explicar a doença como o efeito da atuação de um agente, como pretende o modelo monocausal, porém a multicausalidade [...] também apresenta sérias limitações para fornecer uma explicação da doença[...] A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a ‘fatores de risco’, que atuam de maneira igual.

Por sua vez, a diminuição da importância das doenças transmissíveis, o aumento da expectativa de vida das pessoas de um modo geral e o impacto crescente das doenças crônicas e das causas externas sobre as condições de saúde contribuíram para que as limitações do “modelo flexneriano” ficassem muito mais evidentes (MENDES, 1999).

Na metade dos anos 1970 começam a aparecer com mais frequência concepções do processo saúde-doença que articulam a saúde com as condições de vida das pessoas e populações. Começa a surgir um novo olhar na saúde, questionando os pressupostos do modelo dominante. Na verdade, os dois olhares ainda convivem, com a possibilidade de estar ocorrendo um momento específico no processo de mudança paradigmática previsto por KUHN (1994), em seu livro *Estrutura das Revoluções Científicas*. De fato, para CATELLANOS (*apud* MENDES, 1999):



os conceitos tradicionais de saúde e enfermidade têm tido que abrir espaços para a confrontação com desenvolvimentos conceituais e metodológicos mais integrais, com maior capacidade de apreender a complexidade real dos processos determinantes, de superar a visão simples e unilateral, de descrever e explicar as relações entre processos mais gerais da sociedade com a saúde dos indivíduos e grupos sociais.

Um grupo de autores – norte-americanos, europeus e latino-americanos – como LEAVELL e CLARK já citados, entre muitos outros, considera as relações existentes entre os fatores do ambiente (físicos, químicos e biológicos), do agente e do hospedeiro, em seu conjunto e em diferentes combinações, como causadores das doenças. Os fatores sócio-econômicos e culturais integram esse sistema como um dos fatores que, associado a outros, contribuem para o surgimento das doenças ou agravos à saúde.

Outros autores, principalmente latino-americanos, como AROUCA (1976), LAURELL (1983), BREIHL (1980), BARATA (1985), MARSIGLIA (1985), GARCIA (1983), LUZ (1982) colocam a ênfase na estrutura sócio-econômica ao explicar o processo de saúde e doença de maneira histórica. Essa nova concepção constitui-se em um novo movimento dentro da epidemiologia latino-americana, chamado de epidemiologia social, tornando-a um instrumento de transformação social. MARSIGLIA *et al* (1985) explicam:

...o ‘social’ já não é apresentado como uma variável ao lado dos outros ‘fatores causais’ da doença, mas, antes, como um campo onde a doença adquire um significado específico. O social não é mais expresso sob a forma de um indicador de consumo (quantidade de renda, nível de instrução etc). Ele aparece agora sob a forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social. [...] A perspectiva de pensar o ‘social’ sob a forma mais totalizante – uma estrutura social particularizada em conjunturas econômicas, políticas e ideológicas – que condiciona uma dada situação de vida de grande parcela da população e um agravamento crítico do seu estado de saúde, dá ao estudo do processo epidêmico sua real dimensão enquanto fenômeno coletivo.

Esta visão na verdade retoma, em outro momento histórico e sob outras condições, muitas das idéias e ideais que fundamentaram a teoria social da medicina no final do século XVIII. Naquele momento histórico a Europa era o centro da ciência e da cultura. A Revolução Industrial, iniciada por volta de 1750 na Inglaterra e um pouco mais tarde em outros países, modificou radicalmente o modo de vida de grandes contingentes populacionais, com grande deslocamento de pessoas do campo para as cidades em busca de emprego nas fábricas.

A Europa vivia também uma intensa efervescência filosófica, política e social. A Revolução Francesa do final do século XVIII, o positivismo, o materialismo filosófico e os movimentos político-sociais da metade do século XIX surgiram ou estavam sendo amplamente discutidos nesta época. As ciências sociais alcançaram um grande desenvolvimento teórico.

A crescente urbanização dos países europeus, na esteira da consolidação do sistema fabril, e as repercussões sobre as condições objetivas de existência das populações, aliada às condições acima referidas, permitiram que uma série de movimentos políticos revolucionários surgisse neste continente no final do século XVIII e primeira metade do século XIX (BARATA, 1985).

A causa das doenças ainda era atribuída hegemonicamente aos miasmas e as epidemias assolavam as cidades. É nesse contexto que surge a Medicina Social, entre os revolucionários ligados aos diversos movimentos políticos desta época.

BARATA (1985) cita alguns destes revolucionários. Assim, nas palavras de NEUMANN: “A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social; enquanto isso não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação”.

Para VIRCHOW (*apud* BARATA, 1985):

Se a doença é uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser indicativa de distúrbios, em maior escala, da vida das massas. [...] As epidemias não apontarão sempre para as deficiências da sociedade? Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas mas, em si e por si, estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde, devido às condições sociais de pobreza, o povo viveu durante muito tempo em uma situação anormal.

LOUIS VILLERMÉ (1782-1863), foi outro pioneiro dos estudos que demonstram a relação entre condições sócio-econômicas e condições de saúde. Seu clássico estudo sobre a saúde dos trabalhadores das indústrias de algodão, lã e seda demonstrou claramente as relações entre a pobreza e as más condições de trabalho e a mortalidade (ALMEIDA FILHO, 1999).

Para estes socialistas utópicos são as condições de vida e trabalho dos homens, as suas condições objetivas de existência, que determinam as doenças. A ação de outros fatores, internos ou externos, só se traduzirá em doença se o contexto social permitir.

A derrota dos movimentos revolucionários, e a incorporação de muitas das suas denúncias aos programas dos governos através de medidas sanitárias e das leis trabalhistas, arrefeceram o movimento da Medicina Social. As descobertas da bacteriologia na metade do século XIX deslocaram de vez as concepções sociais da doença, como vimos acima.

Embora a influência dos fatores sociais sobre as condições de saúde tenha sido percebida em épocas mais remotas, é somente a partir do século XIX que os efeitos das condições econômicas e sociais sobre a saúde foram determinados de forma mais consistente, criando, a partir daí, a necessidade de investigação científica destas relações (PEREIRA, 2002). Isto vem ocorrendo, de forma mais ou menos consistente em diferentes momentos históricos, na dependência de conjunturas político-ideológicas determinadas.

O estudo da determinação social da doença, portanto, não é recente, mas na atualidade seu interesse ressurgiu com bastante força, com implicações teóricas e metodológicas importantes.

A importância dos determinantes mais gerais da saúde vem sendo cada vez mais comprovada e valorizada. A redução da mortalidade na Inglaterra e País de Gales no século XIX e primeira metade do século XX puderam ser atribuídas muito mais às melhorias na nutrição e saneamento e nas mudanças das condutas relacionadas à reprodução do que às intervenções médicas. As relações entre nível educacional e saúde foram claramente relacionadas ao pesquisar a mortalidade infantil na América Central, onde foram encontrados menores índices entre mães com maior grau de escolaridade. Nos Estados Unidos, a prevalência de fumantes diminuiu mais entre os que detinham mais anos de escolaridade. No Canadá, a prevalência de mulheres fumantes caiu mais entre as universitárias. Estes dados são referidos por MENDES (1999).

Todo este movimento fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS), o governo do Canadá e a Associação Canadense de Saúde Pública organizassem a Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa. A carta de Ottawa,

subscrita por 38 países, coloca a saúde como produto social e considera que “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde” (BRASIL, 2001b).

Nas Américas, o tema foi oficialmente discutido na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Santa Fé de Bogotá no ano de 1992 e que contou com 550 participantes de 21 países. A Declaração de Santa Fé de Bogotá enfatiza a relação entre saúde e desenvolvimento, a importância da igualdade social para seu alcance e manutenção e relevância do combate à desigualdade, à marginalidade e à destruição do meio-ambiente, propondo a criação de uma cultura para a saúde. A partir daí a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera a promoção da saúde como prioridade programática e um número crescente de países passa a considerá-la em suas políticas de saúde.

Sigerist foi quem usou pela primeira vez a expressão promoção da saúde, em meados de 1940, quando a colocou entre as quatro tarefas maiores da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação do enfermo (MENDES, 1999).

Inicialmente a promoção da saúde é concebida com caráter fortemente preventivista, especialmente quando as doenças crônicas, pela sua crescente importância na saúde pública, passam a ser incluídas como objeto da epidemiologia. O ambiente físico e os estilos de vida passam a fazer parte das medidas preventivas relacionadas com a promoção da saúde.

O conceito de promoção da saúde foi evoluindo e se descolou cada vez mais das ações preventivas, relacionadas sempre a doenças, para se ligar de forma inequívoca aos determinantes gerais que garantem, mantêm ou promovem a saúde. “Nesse aspecto, a promoção da saúde vai resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século passado como Villermé e Virchow para quem os remédios para as epidemias eram prosperidade, educação e liberdade.” (MENDES, 1999).

A evolução da concepção do processo saúde-doença de uma aproximação negativa, isto é, ligada à doença, seqüela e morte, para uma aproximação mais positiva, com concepções vinculadas à qualidade de vida de pessoas e populações, permite conceber a saúde como, essencialmente, um produto social.

As novas concepções de saúde que daí surgem, mais globalizantes, que articulam saúde com condições de vida, aliadas às recentes descobertas da genética, da neurofisiologia e da imunologia, retiram as razões para a separação entre as intervenções curativas e preventivas. O ambiente social pode ter papel curativo, assim como serviços confiáveis de saúde podem ter papel preventivo “apenas” pelo fato de provocar o sentimento de confiança da população (MENDES, 1999).

Uma nova prática sanitária torna-se agora necessária. Tomamos a definição de MENDES (1999) de prática sanitária como “...a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde”. O mesmo autor propõe a prática da vigilância da saúde como modelo de prática sanitária.

MENDES (1999), ao propor o modelo da vigilância da saúde, enfatiza que as ações de saúde devem ser de três tipos: promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção curativa.

Já analisamos como se dão as ações de promoção da saúde e não parece necessário repetir aqui.

As ações de prevenção atuam sobre problemas específicos que podem atingir indivíduos ou grupos, procurando antecipar-se a eles. Imunizações, controle pré-natal, educação para mudar hábitos e condutas pessoais, controle de focos e fontes de doença transmissíveis, fluoretação da água, controle sanitário de alimentos são exemplos de ações de prevenção.

A ação curativa visa a cura e cuidado dos doentes, para minorar a dor, manter e prolongar a vida, além da reabilitação das seqüelas. Concentra-se principalmente sobre indivíduos.

É importante que estas três estratégias de ação estejam combinadas e articuladas para intervir sobre um problema de saúde. A idéia é superar restrições às diferentes intervenções. É impossível negar os benefícios das medidas preventivas quando combinadas

com outros tipos de ações na prática de vigilância da saúde, mesmo que reconheçamos que sua atenção se dá mais no pólo da doença biológica e não atue sobre os determinantes políticos e sociais. Do mesmo modo, as ações de caráter curativo atendem a necessidades prementes de saúde dos indivíduos e o seu atendimento garante, no mínimo, um direito de cidadania. Além disso, segundo MENDES (1999),

a disponibilidade da atenção curativa é fator de estabilização psicossocial de uma população, o que, por si só, contribui para o incremento da qualidade de vida. [...] Tem também, pela resposta pronta a momentos percebidos de dor e de enfermidade, alto potencial para incrementar a eficácia política de um projeto de reforma, permitindo acumular poder para viabilizar as transformações mais de fundo no sistema de saúde.

VERDI (2002), quando analisa os modelos e práticas sanitárias entende-os como processos dinâmicos, constituídos por um conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica, organizados num determinado momento histórico e em uma sociedade determinada, com o objetivo de responder às demandas no campo da saúde. Também enfatiza o fato de que sempre convivem diversos modelos e lógicas de atenção e modalidades de intervenção em sociedades concretas. Isto é tão mais verdadeiro em realidades complexas, onde convivem perfis de saúde muito diversos e contraditórios, como é o caso de nosso país.

Isto não significa, entretanto, desconsiderar as capacidades de impactar a situação de saúde de cada tipo de intervenção, que são muito diversas para cada uma delas, variando de muito pequena no caso da curativa até uma força muito maior no caso da promoção da saúde.

### 3. METODOLOGIA

O estudo desenvolvido na pesquisa foi o descritivo, através de um estudo de caso, dentro da abordagem qualitativa.

O estudo de caso contempla a necessidade da pesquisa de apresentação das informações em profundidade, mesmo que isso comprometa a generalização dos seus resultados. “A meta é criar ‘descrições substantivas’ ou uma compreensão *total, completa*, do caso para ajudar os outros a entender e julgar seu valor e o contexto dentro do qual tem operado” (WORTHEN, 2004).

STAKE (*apud* WORTHEN, 2004) afirma:

...a maioria dos estudos de caso destaca: descrições que são complexas, holísticas e envolvem uma miríade de variáveis que não estão completamente isoladas; dados que provavelmente serão coletados ao menos em parte por observação personalista; e um estilo de redação que é informal, talvez narrativo, possivelmente com citações literais, ilustrações e até alusões e metáforas. As comparações são mais implícitas do que explícitas. Os temas e hipóteses podem ser importantes, mas continuam subordinados à compreensão do caso.

GUBA E LINCOLN (*apud* WORTHEN, 2004) descrevem o estudo de caso como “holístico e parecido com a vida real. Apresenta um quadro verossímil para quem participa de fato de um ambiente e pode ser facilmente traduzido na ‘linguagem natural’ dos públicos envolvidos”.

Embora possam ser utilizados muitos métodos para a coleta de dados, os métodos qualitativos, por suas características, são os mais adequados para os estudos de caso.

A proposta é descritiva, mas, ao contrário do estudo de corte transversal ou do estudo de série temporal, há ênfase na profundidade da descrição. Para atingir essa profundidade, é preciso usar muitos métodos complementares. Esses métodos podem ser selecionados ou adaptados à medida que o avaliador chega a uma compreensão melhor do caso, isto é, o desenho metodológico é *responsivo* ao caso e às circunstâncias em pauta. É

adaptativo e continua se adaptando até o avaliador acreditar que tem boa compreensão do caso (WORTHEN, 2004).

A amostra compreendeu 11 dos 50 estudantes da primeira fase do curso de medicina da UFSC do primeiro semestre de 2006, sendo 6 do sexo masculino e 5 do feminino, escolhidos aleatoriamente entre os que aceitaram participar da pesquisa. O único critério de exclusão foi o ter cursado, total ou parcialmente, qualquer outro curso da área da saúde.

Foram expostos ao grupo os objetivos e a magnitude do estudo e, aos que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado e discutido, antes da assinatura, o termo de consentimento esclarecido. O sigilo e o anonimato foram garantidos. Os critérios utilizados obedeceram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

A coleta de dados foi efetuada através de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram testadas previamente com 3 estudantes, que não fizeram parte da amostra. Antes da aplicação, foram elaboradas questões norteadoras para subsidiar as entrevistas (Anexo 2). Nas aplicações que serviram como teste surgiram algumas dificuldades não previstas e que exigiram a modificação da forma de abordagem dos sujeitos durante as entrevistas. Assim, observei que as vivências do novo currículo apareceram com uma ênfase muito grande, muito embora estivessem apenas nas primeiras semanas do curso. A nova proposta curricular causou um impacto significativo, exigindo pequenos ajustes de abordagem, com a modificação das questões norteadoras, que foram re-elaboradas.

As entrevistas foram aplicadas para os 11 estudantes. As falas foram gravadas, com a devida permissão dos entrevistados, e transcritas integralmente para serem submetidas à análise. A transcrição e a organização dos discursos foi feita na mesma ordem em que foram realizadas. Os sujeitos foram identificados pela letra S, seguida do número da ordem de realização da entrevista (S1; S2; S3;).

Para o processamento e a análise do material coletado empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo metodologia proposta por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003) e utilizando-se três figuras metodológicas: a idéia central, as expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo. Os produtos obtidos foram objeto de reflexão,



iluminados pelos referenciais teóricos, procurando estabelecer as relações entre o conteúdo empírico dos depoimentos e os pressupostos da pesquisa.

Quando o objeto de pesquisa é o pensamento coletivo, o acesso a esse objeto só pode se dar através de metodologias que possibilitem a geração ou reconstrução de qualidades, já que o pensamento é uma variável qualitativa, diferente de outras variáveis quantitativas, como peso, altura e renda, por exemplo.

De fato, quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar, *antes de mais nada*, uma pesquisa qualitativa já que, para serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

A resposta sobre o que um conjunto de indivíduos pensa sobre determinado tema consiste sempre de um discurso, na verdade de um conjunto de discursos individuais. Produzir resultados coletivos a partir de diversos discursos individuais não é tarefa das mais fáceis. As soluções propostas para resolver este problema implicam, na maioria das vezes, na requantificação dos discursos/depoimentos com o intuito de torná-los “apresentáveis”.

...o que compromete, severamente, a apreensão dos significados dos depoimentos que, como nos ensina a lingüística e a semiótica, só são totalmente resgatáveis na escala ou sob a modalidade do discurso [...] reduzindo, com isso, todo o rico e vasto conteúdo dos discursos individuais para concentrar tudo em algumas poucas categorias responsáveis pela totalidade do sentido presente nesses discursos [ou implicando que] a generalização dos discursos individuais, para gerar um pensamento coletivo, só pode se dar de modo teórico, indireto, via metadiscurso, configurando um *discurso sobre a realidade*, o que equivale a recusar a possibilidade de o pensamento coletivo se expressar empírica e diretamente como um *discurso da realidade* (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

Na verdade, ao quantificar qualidades, utilizam-se os procedimentos metodológicos já testados e aceitos pelo método científico na tentativa de incorporar ao conhecimento humano atributos antes considerados não passíveis de descrição científica, por sua subjetividade.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo busca preservar a discursividade em todos os momentos da pesquisa, da elaboração das perguntas à apresentação dos resultados, passando pela coleta e processamento dos dados.

Embora seja possível coletar, processar e apresentar pensamentos, crenças, opiniões, valores de forma não discursiva, as metodologias utilizadas para esse fim não são as únicas disponíveis e nem as mais adequadas para lidar com a matéria discursiva que representa o pensamento de uma coletividade.

Quando o objeto que pretendemos investigar é um pensamento, uma idéia, uma opinião ele só pode ser construído durante ou através do próprio processo de investigação, ao contrário de outros objetos, como peso e altura, por exemplo, que já estão dados antes da pesquisa.

Além disso, os pensamentos se apresentam sempre como discurso, pois “pertencem à família das línguas e linguagens e, portanto, à ordem do discurso e do texto” (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

A partir de uma pergunta aberta feita a um conjunto de indivíduos representativos de uma coletividade, faz-se necessário organizar os discursos individuais de modo que possam expressar o pensamento dessa coletividade. O conceito do Discurso do Sujeito Coletivo foi criado com esta finalidade.

A metodologia extrai dos depoimentos as idéias centrais e as expressões-chave correspondentes. As expressões-chave que representam as idéias centrais semelhantes vão compor um ou vários discursos-síntese. Cada discurso síntese é apresentado na primeira pessoa (coletiva) do singular.

Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social...(LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

Assim, o DSC é uma estratégia metodológica que rompe com a lógica quantitativo-classificatória ao buscar reconstruir um pensar coletivo ou representação social.

LEFÉVRE e LEFÉVRE (2003) assim resumem a proposta:

Para a elaboração do DSC parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e que termina sob uma forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação social.

A representação social não aparece, enquanto Discurso do Sujeito Coletivo, na forma (artificial) de quadros, tabelas e categorias, mas na forma viva e direta de um discurso. Por estas características, o DSC pode também ser visto com uma forma de apresentação dos resultados.

No projeto, eu previa também realizar um grupo focal com outros 10 estudantes. Após a realização das entrevistas, entretanto, ficou claro que esta coleta de dados não contribuiria de forma significativa para ampliar a compreensão do tema da pesquisa dada a qualidade dos dados já coletados e à saturação que aparece. WORTHEN (2004) considera que o grupo focal não acrescenta significado às entrevistas semi-estruturadas em uma pesquisa qualitativa como o estudo de caso, pois fazem o mesmo tipo de abordagem. Em função disso, não realizei o grupo focal previsto inicialmente.

A escolha das Idéias Centrais e a construção do DSC a partir das expressões-chave referentes a cada uma delas exigiu muito trabalho. A partir da transcrição das entrevistas, que somaram aproximadamente 40 páginas, foram agrupadas as falas que diziam respeito às questões semelhantes, em cada tema, e definida uma idéia central que pudesse representá-las. Em seguida procedi a organização das falas, de tal modo que pudessem expressar as idéias como se uma única pessoa o estivesse fazendo, mas mantendo a coerência do discurso. Este trabalho foi muito difícil e penoso. Mas, por outro lado, o resultado parece-me muito bom. Embora às vezes bastante prolixo, e muitas vezes contraditório, Sujeito Coletivo expressa suas concepções, idéias e percepções de forma clara e com uma riqueza de detalhes e informações impressionante.

A seguir apresento e faço uma abordagem inicial do DSC, buscando uma primeira aproximação para a compreensão das concepções de saúde-doença que surgem.

## 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 O Discurso do Sujeito Coletivo

O DSC foi organizado seguindo a abordagem indicada nos objetivos da pesquisa, e que também foi utilizada para a organização do roteiro para as perguntas, ou seja, as expectativas em relação à formação (DSC I), as expectativas em relação ao futuro profissional (DSC II), a definição de saúde (DSC III) e a definição de doença (DSC IV). A frequência com que apareceram nas falas de todos os entrevistados as questões referentes ao novo currículo, desde as entrevistas que serviram como teste até o final, levaram-me a incluir um quinto DSC (DSC V), que aborda a vivência do novo currículo.

#### 4.1.1 DSC I – As expectativas em relação à formação

Questões: Como você achava que seria o seu curso de medicina? Quais as principais áreas do conhecimento (disciplinas, matérias, conteúdos, etc) que deveriam fazer parte do curso e o que você acha que é mais importante aprender durante o curso?

##### I.1. Idéia Central: As aulas de anatomia são as mais esperadas

*Principalmente as aulas de anatomia, elas são as mais esperadas, assim(S9), já ter as aulas de anatomia(S11), logo direto(S5), bastante anatomia(S1). A perspectiva do currículo antigo, entendeu, ia estudar anatomia na primeira parte(S6). E só anatomia a gente pensa, sabe(S4). Achei que a gente já ia entrar no anatômico, já de primeira(S3), aqueles professores sérios, assim, mais velhos, dando aula de anatomia(S4), os professores explicando(S2). É, realmente, quando a gente fala em*

*curso de medicina a gente pensa em hospital, anatomia, alguma coisa assim, né, a gente espera ir pro anatômico, pro hospital, assim, né(S7).*

Uma das coisas que mais chamou a atenção desde o momento da realização das entrevistas foi a frequência com que surgiu o tema da anatomia. Todos, sem nenhuma exceção, citaram a anatomia em vários momentos da entrevista, colocando-a sempre como uma parte inicial fundamental e ansiosamente esperada. Por esse motivo preferi destacar este tema como uma idéia central, pois parece que a anatomia constitui-se numa espécie de rito de passagem para os estudantes de medicina. Existe toda uma mística relacionada ao anatômico, ao cadáver e à dissecação que está no imaginário desses jovens aspirantes a médicos. Imediatamente me veio à mente os problemas que enfrentamos todos os anos no curso de medicina da Uniplac pelo fato de não termos uma disciplina de anatomia no primeiro ano e um anatômico direcionado para o curso de medicina. O fato de trabalharmos os conteúdos da anatomia ao longo dos seis anos do curso, através da discussão de problemas da prática profissional, de forma integrada com as outras áreas, e em laboratório seco, provoca grande angústia e frustração nos estudantes nos primeiros semestres do curso. É como se eles se sentissem traídos. O que, entretanto, surge de mais significativo para o objeto de análise da pesquisa é a possibilidade de que isto possa evidenciar a constatação de que os estudantes trazem a representação de um curso médico cujos conteúdos estejam centrados principalmente no corpo físico, biológico, como o principal objeto de estudo para o exercício futuro da profissão. A análise dos outros discursos lançará mais luz sobre o assunto.

I.2 Idéia Central: Estudar as matérias básicas para entender o funcionamento do corpo e diagnosticar as doenças.

*Foi assim, né, a gente vai começar a fazer medicina, e no começo já tem aquela expectativa, né, de querer começar já a mexer, lidar com o ser humano, assim, entender o funcionamento do organismo, mexer em todo o organismo (S9), aquelas expectativas dos calouros, de querer enfrentar logo, mexer logo com o corpo(S9), entrar na universidade e já ir começar a estudar anatomia, fisiologia, botar a mão na massa(S10). A expectativa era de estudar todas as matérias envolvendo o ser*

*humano, desde o aspecto molecular até o aspecto de anatomia, tudo, né, até psicologia, formando uma base primeiro para depois começar a adentrar patologias, né(S8). E também de fazer os diagnósticos das doenças, entendeu, essa parte. Eu não sabia que no começo ia ter esse negócio de bioquímica, biologia celular(S5), a gente está tendo essas aulinhas de bioquímica, embriologia, aquelas mais teóricas, sabe(S9). Eu acho que essa parte é importante pra dar uma base pra gente conseguir entender como os fenômenos acontecem no corpo humano, pra que a gente possa saber como funciona e como identificar os sintomas e as doenças no paciente(S1), de saber dar remédio, clínica, né. A gente acha que, sei lá, parece que é o mais importante(S4). Eu imaginava chegar aqui e estudar anatomia, ver fisiologia, discutindo casos(S11), estudar pediatria, saúde da mulher, do adulto(S1). Mas a gente ainda está vendo mais antropologia,(S11), tá vendo bem história da medicina, sei lá(S3). Não deu ainda para sentir a medicina, estou achando um pouco distante(S11). Algumas aulas são muito chatas, umas coisas que a gente não tem a visualização que vai servir pra gente, né, no caso, assim de algumas coisas de bioquímica. Tudo bem, a farmacologia a gente vai usar. Tu pensando assim como que tu vai diagnosticar a doença, não vai ser através da mitocôndria, da organela(S2). Eu imaginava que eu ia aprender o funcionamento de um organismo normal para, a partir disso, ter uma idéia de como é que um organismo com problemas, deveria ser achado o caminho pra ele voltar à normalidade. Ou seja, estudar o padrão, no início, estudar o que é o correto, como é que é o certo, pra os desvios serem compreendidos a partir do normal(S10).*

Aqui surge com muita clareza e em toda a sua dimensão a percepção do coletivo de estudantes entrevistados sobre o principal objeto de interesse para o estudo da medicina, neste momento do curso. “Lidar com o ser humano” aparece, aqui, relacionado a “mexer em todo o organismo”, “mexer logo com o corpo”, “botar a mão na massa”, para entender o seu funcionamento. Embora apareça a expectativa de “estudar todas as matérias envolvendo o ser humano, até psicologia”, a compreensão da estrutura e função do organismo humano é tida como fundamento essencial. E esse fundamento se justifica como a necessidade de formar “uma base primeiro para depois começar a adentrar patologias”, “conseguir entender como os fenômenos acontecem no corpo humano, pra que a gente possa saber como funciona e como identificar os sintomas e as doenças no paciente”, “fazer o diagnóstico das doenças”, “saber

dar remédio, clínica, né”. “Ou seja, estudar o padrão, no início, estudar o que é correto, como é que é o certo, para os desvios serem compreendidos a partir do normal”, resume S10. Havia a expectativa de já discutir casos, estudar pediatria, saúde da mulher, saúde do adulto.

Mesmo aceitando que algumas matérias básicas são importantes, existe certo inconformismo, e até irritação, com “essas aulinhas” de bioquímica, embriologia, biologia celular, “que a gente vê no cursinho”. E, pior, “a gente ainda está vendo mais antropologia, história [da medicina]”. Enfim, “não deu ainda pra sentir a medicina”.

Surge também uma preocupação com a possibilidade de aplicar os conhecimentos que estão sendo construídos e a dificuldade de perceber isso nos conteúdos que são abordados, afinal “tu pensando assim como que tu vai diagnosticar a doença, não vai ser através da mitocôndria, da organela!”. Da maneira como surge aqui, este tipo de questionamento denota mais uma visão utilitarista da construção de um conhecimento técnico especializado do que a necessidade de integração desses conhecimentos.

Muito deste discurso, praticamente todo ele, poderia servir como a prescrição de um currículo baseado no modelo biomédico flexneriano: um ciclo básico que garantisse a compreensão da estrutura e do funcionamento do corpo, nos seus componentes físico, químico e biológico, no estado normal num primeiro momento, para na seqüência estudar os estados alterados, “patológicos”. Tudo isso como pré requisito para o ciclo clínico, que o segue, onde seriam então estudadas as doenças. As áreas de conhecimento que abordam outros fatores que, muito mais do que os anteriores, conformam e determinam a condição de ser humano, como os sócio-culturais, históricos e relacionais, por exemplo, provocam estranhamento.

### I.3 Idéia Central: Ir para o hospital

*Eu imaginava que já ia começar um pouco mais, mergulhar na medicina mesmo, assim, sabe, já ter contato com o hospital, ter contato com a cirurgia(S11), que eu ia ter acesso ao HU e bastante aulas práticas, e até foi por isso que eu optei por fazer aqui, por essa questão de ter um maior contato com hospital(S1). Pelo menos a*

*gente vai ter contato cedo agora no hospital universitário, né, a gente pode chegar lá, tem total acesso(S9), a gente pode ir a qualquer momento lá, e eu acho que isso é uma coisa boa(S7). Tanto é que eu já fui assistir duas cirurgias, assim, e acho que isso foi proveitoso. O pessoal de primeira fase, que ainda tá naquela: é isso ou não é, sabe, tem todo aquele negócio na cabeça ainda. Aí chegar, poder entrar, assistir uma cirurgia, é bem legal, assim(S9). Eu imaginava que teria uma vivência durante o curso no HU, só que, tipo assim, nunca na primeira fase, na terceira, quarta fase, quem sabe (S6). Porque quando a gente entra, parece que o que a gente vai mais usar é a clínica. Já queria ir pro hospital. Eu queria no começo ver como é que faz, como é que trabalha, e depois fazer alguma coisa, sei lá(S4). E também tá aumentando a nossa carga de internato, não tá só sendo um ano e meio, agora são dois anos(S7).*

O outro tema, além da anatomia, que surge de forma sistemática e recorrente em todas as entrevistas é o do hospital. Isto vai surgir com muita força um pouco mais a frente, quando analiso as expectativas em relação ao futuro profissional. De fato, a expectativa que os estudantes carregam, ao iniciar seu curso, tem no hospital um dos seus pontos mais significativos. Embora essa expectativa estivesse colocada para as fases mais adiantadas do curso, a possibilidade de freqüentar o Hospital Universitário desde o início e poder assistir a cirurgias teve um impacto muito grande para os entrevistados, permitindo que saciassem a sua vontade de “mergulhar na medicina”. A vivência no hospital também é colocada como uma experiência que pode definir a continuidade ou não no próprio curso, para aqueles que ainda tem dúvidas a respeito. A informação de que o curso propiciaria a possibilidade de ter muitas atividades práticas, em especial no hospital, chegou a influenciar a escolha pelo curso da UFSC. Da mesma forma, o aumento de um semestre destinado ao internato, é saudado como positivo.

O modelo biomédico mais uma vez está contemplado. A prática no hospital é um dos pilares centrais do modelo flexneriano. Um modelo centrado no atendimento individual, sobre o corpo biológico e com o foco na doença tem no hospital o seu local ideal de ensino. Ali, além da concentração muito maior de doenças, o ambiente é mais “protegido”, e a “contaminação” pelos demais aspectos constituintes do ser humano podem ser “controlados”, isto é, não considerados, ou colocados em segundo plano.



#### 4.1.2 DSC II – As expectativas em relação ao futuro profissional

Questões: Como você acha que vai ser o seu futuro profissional como médico? Em que locais de trabalho você acha que deverá exercer sua profissão? Você pensa em se especializar em alguma área? Qual? Poderia justificar?

##### II.1 Idéia Central: Ir trabalhar em locais onde as pessoas necessitem mais

*A função que eu queria ter é uma coisa assim mais de médico, assim, de cuidar da família, sabe, de conhecer a família, conhecer a pessoa, de a pessoa chegar lá e você saber o que que ela faz, conhecer toda a história. E eu acho que no interior tem mais isso, essa integração. O médico é visto mais como uma pessoa que cuida de tudo, que pode ajudar em qualquer coisa(S1). Então, depois que eu me formar, eu acho que eu vou, assim, para o interior(S5). Eu tenho projetos, eu quero me formar, sei lá, ir lá no Nordeste. Eu tava assistindo o programa do Jô Soares, um grupo de médicos lá, eles organizaram um grupo de amigos e foram pra Amazônia(S3). Igual aqueles médicos que vão lá, ficam lá uns tempos. Ou aqueles médicos sem fronteira. Acho bem legal(S5). Eu posso entrar nas forças armadas também, né, que eu já fui também, e lá tem muita oportunidade, assim, de você conhecer lugares, pessoas, e de você aprender a conhecer o mundo de outra maneira, assim, né(S8). Agora, a gente teve uma palestra com um psiquiatra, e ele foi lá nos Ianomamis, uma tribo indígena, foi desenvolver a medicina lá, e tal. Eu achei fantástico! Eu quero fazer essa experiências ainda na minha vida. Eu achei muito interessante essa troca, assim, de pessoas de níveis culturais e financeiros diferentes. Eu acho que a gente pode desenvolver a medicina de uma forma esplêndida num lugar assim. Aqui em Florianópolis mesmo, dar um exemplo, seria nas praias mais retiradas, onde só tem pescador, pessoal bem da ilha, sabe. Antes a minha idéia era simplesmente o hospital, não gostaria de ter nem consultório. Mudou bastante, isso em um mês!(S10). Gostaria também de*

*desenvolver atividades filantrópicas, né, acho bem maneiro, assim, bem legal, assim(S8). Não sei se é só a cabeça de jovem, assim, né, eu não sei. Não sei se é só essa expectativa de começo, se a idéia é demais, ou vai fugindo da nossa realidade(S9). Sei lá, é isso que eu imagino. Eu acho que quem entra na faculdade entra com o sonho a mil, né, eu vou fazer projetos voluntários na Amazônia, na África, ajudar os desabrigados não sei daonde. A gente entra com um monte de idéias pra revolucionar o mundo(S4).*

Analisar essa Idéia Central, em seu Discurso Coletivo, me parece importante por ela expressar muitos dos desejos destes jovens sonhadores, com forte disposição altruísta, expressa em sua disposição de ajudar as pessoas.

A idéia de trabalhar no interior traz consigo o ideal de um médico generalista, pois lá “o médico é visto como uma pessoa que cuida de tudo, que pode ajudar em qualquer coisa”, que se envolve com as famílias e a história das pessoas. Ao contrário das cidades grandes, nas cidades do interior o médico ainda está disponível para as pessoas, pode ajudá-las de forma mais significativa ao se envolver diretamente com elas.

Ao associar o desejo latente de ajudar com uma perspectiva mais audaciosa e aventureira, mais própria, mas não exclusiva, dos jovens, surgem outros projetos mais ambiciosos. Ir para o Nordeste ou para a Amazônia, trabalhar com os índios ou numa comunidade de pescadores, ir para a África e trabalhar como “médicos sem fronteira” perpassa o imaginário desses jovens que entram na faculdade “com o sonho a mil!”. Ajudar as pessoas, desenvolver atividades filantrópicas, ajudar os desabrigados, somam-se ao “monte de idéias pra revolucionar o mundo” que esses aspirantes a médico trazem na bagagem ao chegar.

É possível inferir, do DSC, a idealização do médico envolvido e comprometido com as pessoas e seu entorno, a família e a comunidade. Um profissional com estas características, não pode ser formado dentro de uma concepção unicamente tecnicista, exigindo o desenvolvimento de competências muito mais ampliadas e complexas, incluindo as dimensões cognitivas, afetivas e psicomotoras, isto é, a aquisição e a mobilização, de forma articulada, de conhecimentos, habilidades e atitudes/valores, no exercício cotidiano da prática médica. O

domínio da prática clínica não garante, por si só, o desempenho adequado e pertinente nas situações que surgem nesse discurso. Nem tudo está perdido!

## II.2 Idéia Central: O sonho é trabalhar no hospital

*Olha, eu gosto muito do ambiente de hospital, me imagino trabalhando em um hospital, acho que tem mais gente, mais coisas, é uma variedade de situações mais rica(S11). Antes de entrar na universidade, eu me imaginava dentro do hospital, dentro do bloco cirúrgico. Você entra lá dentro e não sabe se é dia ou se é noite, sai e não sabe se é dia ou se é noite! E tu tá fazendo o que tu gosta, né(S10). É, o meu ambiente de trabalho que eu sempre quis ter é um hospital, eu quero ter uma boa fase da minha vida em um hospital mesmo. Aquela parte de correria, de ah, toma decisão! Eu sinto a necessidade disso pra mim, assim(S7). Porque hospital tem cirurgia, tem coisas mais emocionantes, é mais divertido, assim, tipo a gente chega ali no HU e tem um monte de gente, ah, eu acho muito legal(S4). Eu gostaria de trabalhar em Clínica ou o hospital(S5). Hospital, clínica, e depois posto de saúde, nesta ordem de preferência(S3). É, tipo assim, eu sei que o sonho de qualquer médico é trabalhar num hospital ou num posto de saúde que tenha todas as condições, aparelhos que tu pode olhar o cara, fazer o exame. É o sonho de qualquer médico eu acho, pô, um hospital bem equipado: Albert Einstein, Sara Kubitschek. Eu sei que não é a realidade, mas que pelo menos não falte pro tratamento básico, assim, por exemplo. Não acontecer igual acontece no Rio de Janeiro, que o médico tem que pegar no meio do corredor, assim, e atender a pessoa que tá chegando, tendo infarto, por causa que não tem um centro adequado pra pessoa atender uma emergência, alguma coisa. Eu espero pelo menos que, quando eu chegar a me formar, que eu não tenha essas dificuldades que os médicos encontram, entendeu(S6).*

Como referi acima, o tema do hospital constitui-se como um dos mais significativos nas falas de todos os entrevistados, compondo um DSC extremamente importante para o objeto da pesquisa. Esse discurso se refere ao trabalho em um hospital bem equipado como o

sonho de qualquer médico, como o ambiente de trabalho que o sujeito sempre quis ter, onde se imagina trabalhando e do qual sente necessidade. O Coletivo de Sujeitos se refere ao ambiente hospitalar como um local onde “tem coisas mais emocionantes, é mais divertido”, “tem mais gente, mais coisas, é uma variedade de situações mais rica”, “aquela parte de correria, de ah, toma decisão”. O bloco cirúrgico é visto de forma idealizada onde poderia permanecer o dia todo isolado, não sabendo sequer “se é dia ou se é noite”. Porque “tu tá fazendo o que tu gosta, né”.

Aparece também uma preocupação com a situação do atendimento nos hospitais públicos e uma esperança de que, ao se formar, o SC não tenha que enfrentar estes problemas.

Existe até uma ordem de preferência em relação aos locais que o SC considera ideais para trabalhar como médico: o primeiro, claro, é o hospital, o segundo poderia ser uma clínica, particular evidentemente, e o terceiro um posto de saúde.

### II.3 Idéia Central: O médico do HU trata o biológico e o psicológico, o do posto de saúde o social.

*O papel do médico, na minha opinião é tratar o biológico e o psicológico. Eu quero trabalhar em hospital, entendeu, pô, eu sei que, pô, eu vou pegar, eu vou ter que trabalhar muito mais com o biológico e psicológico, do que brigar pelo social, entende? O médico do hospital trata o biológico, da saúde, e o psicológico, ele pega a pessoa no pior estado psicológico que ela pode estar. Eu acho que o médico atua nessas duas esferas. Aí, a terceira esfera, ele vai ter uma influência, vendo o social da pessoa, e brigando nas, como é que se chama, nesses conselhos de saúde, entendeu, pra que possa ter uma maior viabilidade das pessoas viverem com dignidade, entendeu? Porque é esse social que eu acho que o médico do posto de saúde que faz mais do que o médico do hospital. Porque ele tem mais convivência com a região, entendeu, ele recebe mais o pessoal daquela comunidade. Ele vai poder ver o porque que está acontecendo aquilo em determinada sociedade. No HU eu tenho que saber o essencial, eu não posso fazer igual um médico de posto de saúde que é chegar no profundo da pessoa, saber os detalhes da pessoa. Eu tenho*

*que saber o essencial para não fazer, cometer algum erro médico. Não posso ficar perdendo muito tempo porque posso perder o paciente naqueles segundos, minutos. Eu acho que tu tem que saber o mínimo do paciente no HU. No posto de saúde você tem que saber o máximo que tu possa saber dele. O médico do posto de saúde tem a possibilidade de evitar que o problema chegue até o médico da HU. O médico do HU não, ele vai chegar com o problema na mão dele! Entendeu? Eu vejo assim, o trabalho do hospital eu acho o mais legal, mas eu não acho o mais importante, entendeu? A conscientização eu acho mais importante do que o hospital. Então, eu acho o posto de saúde é a prioridade, assim, entendeu? Sair como clínico geral, pô, trabalhar em posto de saúde, pode fazer a cabeça de uma sociedade, ali, um grupo de pessoas, pra evitar certas doenças(S6).*

Este discurso, embora colhido da fala de apenas um dos entrevistados, S6, o mais prolixo dos entrevistados, foi colocado como uma Idéia Central em função de alguns matizes que, acredito, podem ser emblemáticos. Num primeiro momento, ao médico é colocada a função de tratar dos aspectos biológicos e psicológicos do paciente. São estas duas dimensões que estão, para S6, ao alcance da ação do médico. Num segundo momento analisa a sua opção por trabalhar no hospital, considerando que ali vai “ter que trabalhar muito mais com o biológico e psicológico do que brigar pelo social”. São essas “duas esferas” o objeto de ação do médico no hospital. Sobre a “terceira esfera”, a social, o médico apenas “vai ter uma influência” ao atuar nos conselhos de saúde. E a atuação sobre esta “terceira esfera” cabe ao “médico do posto de saúde”. No HU o médico tem que saber o essencial, o mínimo do paciente, sob o risco de “cometer algum erro médico” ou mesmo “perder o paciente naqueles segundos, minutos”. “No posto de saúde, tu tem que saber o máximo”, “chegar no profundo da pessoa, saber os detalhes”. Mais que isso, “o médico do posto de saúde tem a possibilidade de evitar que o problema chegue até o HU”, por ter mais convivência com a comunidade e, deste modo, “poder ver o porque que está acontecendo aquilo em determinada sociedade”. “O médico do HU não, ele vai chegar com o problema na mão dele”.

O papel dos aspectos psicológicos/mentais sobre a saúde e a doença vai aparecer muitas vezes durante as entrevistas. Mas o mais importante aqui parece ser a diferenciação que é feita em relação ao “médico do hospital” e o “médico do posto de saúde”. Embora afirme que o trabalho do “posto de saúde” é o mais importante, mas não o “mais legal”, ao

afirmar que ao médico cabe agir sobre o biológico e sobre o psicológico e, depois, afirmar que atuar sobre a “esfera” social cabe ao médico do “posto de saúde”, ele caracteriza dois tipos diferentes de médicos. Embora não fique claro, parece que o primeiro, o do hospital, é quem, de fato, faz o verdadeiro papel de médico. O segundo, o do “posto de saúde”, tem um papel importante, mas como uma espécie de anteparo, alguém que pode amenizar a dureza do trabalho do verdadeiro médico, que está lá trabalhando no HU, em cujas mãos vai estar o verdadeiro problema e a solução propriamente médica.

Esta divisão de papéis pode significar, também, uma espécie de justificativa para não precisar se preocupar com a “esfera” social no ambiente hospitalar. Como assinalei acima, o hospital seria um ambiente “protegido”, onde o social pode ser excluído e onde o médico pode exercer o seu papel em toda sua plenitude, sem a “contaminação” da “terceira esfera”.

De qualquer modo, está contemplada, de alguma maneira, a dimensão psíquica no universo do trabalho do médico do hospital e a dimensão social no do “posto de saúde”. Em conjunto, são abordadas as três dimensões constitutivas de ser humano: a biológica, a psicológica e a social. Uma visão multicausal de saúde e doença pode ser vislumbrada. Poderia ser pior!

#### II.4 Idéia Central: Fazer uma especialidade

*Eu acho que todo mundo entra na faculdade querendo ser cirurgião, cardiologista, essas coisas bem emocionantes. Eu já pensei em oncologia, eu já pensei em cirurgia, eu já pensei em cardiologia, neurologia, psiquiatria, pensei em tudo(S4). Já pensei também mexer com alguma coisa relacionada à homeopatia. Ah, um monte de coisa passou pela minha cabeça(S8). Pô, tu quer ser neurologista, neurocirurgião(S6). Cirurgia, assim, eu acho fascinante, sabe. Eu tive a oportunidade de acompanhar algumas cirurgias com meu cunhado. Foi a primeira vez que eu entrei num bloco cirúrgico, assim, aquela tranquilidade, assim, ver todo mundo concentrado, trabalhando sabe, lutando pela vida da pessoa que está ali, tá nas tuas mãos, sabe, tu tá aplicando realmente o teu conhecimento. Eu achei, meu Deus, seria fantástico poder estar num lugar desses(S10). Acho legal, assim, sabe,*

*abrir a pessoa, assim, esse negócio de ver mais o corpo, assim, sabe, mexer por dentro, assim(S5). E também acho muito legal o socorrista, assim(S10). Eu gosto muito de criança(S1), todo mundo me falando, assim, sempre escuto falar, que eu tenho essa facilidade de lidar com criança. Mas brincar com criança, lidar com criança é diferente de querer atender criança(S9). Mas eu tô vendo, com estes contatos com o posto de saúde, até com essas matéria de baseada em narrativas e evidências, que a parte clínica é muito engrandecedora. E eu estou me identificando aos poucos com isso(S11). E tem várias áreas que eu descartei, assim, que eu realmente não quero(S10), mas é uma impressão de primeiro momento, talvez eu mude até o final do curso(S3). Na verdade eu tô meio perdido ainda. Eu acho que é difícil falar agora como eu vou ser, assim(S11), tipo assim, pô, eu quero ser isso daqui hoje, agora eu não sei se daqui seis anos eu vou tá com o mesmo pensamento(S6). Agora eu quero fazer uma boa faculdade, eu não tô me preocupando muito com o que que eu vou fazer de especialização. Eu acho que ainda tô muito verde pra chegar a uma conclusão, né(S8). E antes de tudo tu tem que ser uma médica. Então eu já tirei um pouco da minha cabeça essa especialização(S2).*

Fica claro nas falas que compõem esse discurso que, mesmo que ainda esteja “meio perdido”, “meio verde pra chegar a uma conclusão” sobre qual especialidade vai escolher, e que possa mudar suas atuais expectativas a respeito, a especialização surge como uma decorrência natural do processo de formação do médico para o coletivo de sujeitos. Muitas especialidades surgem como possibilidades. A cirurgia, entretanto, exerce um verdadeiro fascínio coletivo. Termos como “emocionante”, “fascinante”, “fantástico”, “legal” corroboram esse fato. O mesmo sujeito que se referia ao bloco cirúrgico anteriormente, S10, reforça sua posição afirmando que “meu Deus, seria fantástico poder estar num lugar desses”. É “legal, assim, sabe, abrir a pessoa, assim, esse negócio de ver mais o corpo, assim, sabe, mexer por dentro, assim”. Por outro lado, o contato com as unidades de saúde e com a medicina baseada em narrativas e medicina baseada em evidências, está trazendo uma maior significação para a clínica, permitindo uma maior identificação do sujeito com essa área. Surge também o entendimento de que, mesmo tendo pensado em especializar-se, “antes de tudo tem que ser uma médica” e, agora, o mais importante é “fazer uma boa faculdade”.

Mais uma vez, a percepção que surge entre os entrevistados, traduzida em um discurso coletivo, é a do exercício profissional médico como especialista. Essa construção é a repercussão na sociedade de um modelo de formação e de prática da medicina proposto pelo modelo flexneriano, em 1910, e que legitima toda a formação de profissionais médicos há quase 100 anos em praticamente todo o mundo. A implantação desse modelo de forma hegemônica impregnou a coletividade, e a construção social da prática médica é resultado dessa impregnação.

#### **4.1.3 DSC III – A definição de saúde**

Questão: O que é saúde para você?

##### O conceito da OMS

*É, tem a definição que a gente tem em aula, né, a clássica, de bem estar social, físico, mental, aquela coisa assim.(S7) Esse conceito que a gente já trabalhou: é o bem estar físico, mental, e outras coisas também, assim, de saúde. É complicado, heim?(S2).*

Apenas quis citar a referência feita por dois dos entrevistados ao conceito de saúde da OMS, que foi divulgado quando da sua fundação em 1943. Esperava, de fato, que ele surgisse, talvez até com mais frequência, mas sua aparição não constitui, a meu ver, nada que possa ter um significado de maior importância para análise. Um único detalhe poderia chamar a atenção: nenhum dos dois entrevistados enunciou a definição completa.

##### III.1 Idéia Central: Saúde é se sentir bem



*Ah, pra mim saúde é a pessoa se sentir bem(S4). É um bem estar consigo mesmo(S10) Eu sei que é estranho, mas é uma coisa de estar feliz, assim. Porque quando tu fala assim: “ah, ai tô bem, tô feliz, tô com saúde”, assim, tu pensa nisso, a princípio (S2) Eu associo muito a saúde a você tá sorrindo. Um sorriso verdadeiro, eu acho que a gente passa muita coisa, assim. A pessoa tá bem com ela, tá se sentindo um pouco bem com o corpo dela, tá bem no ambiente que ela tá(S7). Não só o corpo dela tá bem, tipo a ausência da doença, mas também ela se sentir bem com o que ela faz(S4). É a pessoa conseguir conviver com o mundo, assim, de uma maneira ativa, de uma maneira espontânea, assim, sem mais preocupações. E você ter força para enfrentar os sofrimentos, enfrentar as vicissitudes, as dificuldades(S8). É um bem estar que envolve, até a gente teve aula de saúde pública, um bem estar biopsicosocial. É uma coisa que tem que tá relacionada. Porque tu não consegue tá bem fisicamente se a tua mente e se a tua vida social não estiver bem. Por exemplo, ter saneamento básico, água tratada, ter um emprego, ter uma forma de se ocupar, de ocupar a mente, que a pessoa se sinta útil pros outros. A questão de ter uma família que vai te dar apoio(S1). Eu acredito muito que o padrão de vida, a qualidade de vida que a pessoa leva é muito importante, entendeu(S6). Tipo, ela tem educação, ela tem onde morar, ela tem o que comer. Ela ter uma condição de dinheiro, assim, razoável, porque não tem como tu não ter hoje em dia, nessa sociedade onde a gente vive, né(S4). Não que uma pessoa rica nunca vá ter problema de saúde(S6). Até, eu acho que o mais fundamental, assim, é o trabalho, sabe, a pessoa ter uma atividade específica. Quando tu tem uma atividade, uma função que se sente útil, tu quer continuar vivo, tu quer continuar trabalhando, tu quer estar bem, e tu luta pra estar bem(S10).*

O Sujeito Coletivo aqui se manifesta de uma forma muito interessante ao tentar conceituar saúde. O fato de sentir-se bem adquire uma dimensão ampliada, chegando a uma sensação de bem estar geral, englobando múltiplos aspectos e diversas dimensões. A associação da saúde com a sensação de estar feliz, estar sorrindo, sentir-se bem consigo, com o ambiente que a cerca e, deste modo, “conseguir conviver com o mundo, assim, de uma maneira ativa, de uma maneira espontânea” denota uma visão mais integrada e integradora dos múltiplos fatores envolvidos no estado de saúde. Aparecem muitos fatores que se relacionam com o estado de saúde, como o trabalho, a qualidade de vida, as condições de

vida, incluindo a educação, moradia, alimentação, lazer, saneamento. Os aspectos afetivos-emocionais também são considerados.

É interessante perceber que o SC por diversas vezes se contradiz. O mesmo SC sonhador e altruísta, que quer a Amazônia e uma vilazinha de pescadores, também quer o hospital onde não se sabe se é dia ou se é noite, supermoderno e bem equipado. Do mesmo modo, um discurso que deseja uma formação essencialmente biologicista se contrapõe a outro, como o acima, que coincide com o da promoção da saúde e rompe com o modelo biologicista.

### III.2 Idéia Central: Saúde é estar bem física e mentalmente, de forma equilibrada

*Pra mim saúde é tu tá bem não apenas fisicamente, mas mentalmente também (S1). Quando a gente fala “ ah, tô com saúde”, você pensa que você tá bem tanto fisicamente, né, o teu corpo, quanto mentalmente também(S2). E eu acho que pra tu tá bem fisicamente tu precisa tá bem mentalmente, sabe(S1). Não adianta tu tá, teu corpo não ter nenhum problema, mas psicologicamente você tá deprimido, ou tá mal com tua vida, com teus problemas, com, sei lá, com tudo, né (S2). Não só a parte biológica, mas principalmente na parte mental(S8). É um bem estar que não envolve só o físico nem só o psicológico, é o equilíbrio entre essas duas partes(S3), a interação desses dois, sabe(S2), o equilíbrio, assim(S5). Você tem que manter esse equilíbrio entre o seu organismo e a sua mente(S9). Acho que isso influi muito na saúde, pro sistema imunológico estar melhor, você reagir melhor ao tratamento se você realmente tiver uma doença, assim(S5). A pessoa estressada cai a taxa da parte defensiva e ela fica doente, entendeu(S6). Eu acho que é um bem-estar emocional, em primeiro lugar. Porque não é um simples bem-estar, assim, orgânico, fisiológico, as minhas funções fisiológicas estão normais, eu não tô sentindo nada. Uma pessoa que não tem um bom estado emocional, um bem estar emocional, ela vai acabar desenvolvendo uma patologia, que é na cabeça. A pessoa cria doenças que não existem, fica frequentando fila de hospital para ser consultada e chega lá não é nada. Mas o nada é psicológico, sabe, e isso tem que ser tratado(S10).*

A valorização dos aspectos mentais na manutenção dos estado de saúde e, adiante, na causa da doença, aparece com muita ênfase nas falas de todos os entrevistados. O bem estar emocional aparece como o fator mais importante para a manutenção da saúde. O bem-estar que foi destacado no DSC anterior, é aqui definido como um estado de equilíbrio entre o corpo físico e a mente. Mas o aspecto mais importante, que modula o estado de saúde, é a dimensão psíquica, inclusive com interferências sobre o sistema imunológico. O funcionamento normal dos órgãos e dos mecanismos fisiológicos não caracterizam, sozinhos, um estado de saúde. O silêncio dos órgãos, portanto, não significa, necessariamente, saúde. O fato de uma pessoa procurar atendimento de saúde e não apresentar uma doença física não significa que ele não precisa ser tratada. Esta ausência, “o nada”, é a doença psicológica, e precisa ser tratada. A doença psíquica surge com uma entidade abstrata, na verdade um vácuo, ou um vazio, onde não pode ser encaixada uma entidade clínica da esfera biológica. A multicausalidade no entendimento do processo saúde-doença está clara, embora o foco principal esteja sempre centrado na busca de uma alteração física que possa caracterizar a concretude da doença.

### III.3 Idéia central - A pessoa pode ter uma doença mas ser considerada saudável

*Eu acho que mesmo a pessoa, por exemplo, que tenha uma pedra [cálculo], mas vive bem, vive sorrindo, ela tem saúde, pra mim. Eu acho que, por ela ter uma doença e tá em tratamento, tá super feliz com o tratamento, mentalmente, tudo, ela tem saúde! Então eu acho que não é só dizer, pô, a pessoa tem um quadro clínico, assim, ela não tá com saúde, tal. Não(S7). A saúde é a pessoa se aceitar do jeito que ela é, às vezes até com algum problema no corpo, assim, alguma condição patológica, mas que talvez, se a pessoa se aceita, se a pessoa aceita essa condição, tem uma convivência boa em casa, uma convivência boa com os amigos, assim, e tal, e sabe usar os avanços da medicina pra conseguir lidar, por exemplo, com uma diabetes, assim, talvez isso não afete a saúde dela como um todo. Eu acho que tando bem tudo isso daí, dá para considerar até uma pessoa saudável, desde que ela se aceite, e se cuide também, se valorize(S11). Porque eu acho que assim, ó, uma coisa praticamente não existe: a pessoa se sentir bem em todos os aspectos, que seria o ideal de saúde, tipo um equilíbrio entre tudo. O tempo todo não. Tem momentos que*

*tu não se sente bem. Qualquer pessoa tem momentos que ela tá mal(S4), ela vai ter problemas, que é natural de qualquer pessoa(S6). Um bem-estar pleno ninguém tem, sabe. Acho que é um bem-estar médio, assim, mínimo, sabe. As necessidades mínimas de alimentação, necessidades mínimas de lazer, sabe(S10).*

Este discurso também vai aparecer em diferentes momentos das entrevistas e caracteriza novamente uma visão subjetiva do estado de saúde-doença, vendo-o como um processo que pode ser intercambiável, na dependência de como a pessoa se sente/vê e, mesmo, de como as pessoas a vêem ou percebem. Mesmo sabendo-se que tem uma doença, a pessoa pode ser considerada como saudável, desde que esteja caracterizado aquele estado de bem-estar, o sentir-se bem, que aparece acima. É esta percepção, pessoal e subjetiva, produto da relação consigo, com os outros e com a doença, que caracteriza, para o SC, o estado de saúde ou de doença. Da mesma forma, mesmo sem ter uma doença definida, a pessoa não se sente o tempo todo bem, o “que seria o ideal de saúde”, e poderia ser considerada, neste momento, e mantendo-se a definição anterior de saúde como “sentir-se bem”, como doente. A dificuldade de conciliação entre os aspectos objetivos e os subjetivos no entendimento do processo saúde-doença é uma das grandes dificuldades para superar o modelo positivista, para o qual a demonstração objetiva dos sinais e sintomas e/ou das alterações patológicas são imprescindíveis para confirmar a doença e a sua ausência para afastá-la. Abre-se aqui esta possibilidade muito promissora.

#### **4.1.4 DSC IV – A definição de doença**

Questão: O que é doença pra você? O que levaria a definir alguém como uma pessoa saudável ou a caracterizar uma pessoa como doente?

##### IV.1 Idéia Central: A doença é algo ruim

*Ai, doença tem que ser uma coisa ruim(S2). É a parte ruim, né, eu acho que é a parte ruim, eu não conheço doença boa. Doença é inclusive o que tira a felicidade da pessoa, que tira a saúde da pessoa, que deixa a pessoa debilitada, mesmo, né(S7). Doença é o que trás mal a uma pessoa, entendeu. Não é só um HIV, um vírus, uma doença psicológica. É algo que transforma a pessoa, altera o limite da saúde da pessoa, faz a pessoa entrar num estado não agradável pra ela(S6). A pessoa quando já tem uma atitude ruim, uma atitude “do mal”, assim, pra mim isso já vai debilitar a saúde dela, né. Não existe mal que retorne, uma ação do mal que retorne algum bem, né. Sempre uma ação do mal vai retornar algo, ou nada ou algo pior, né. Acredito que haja uma energia, assim, algo meio que místico, assim, né. Eu acredito muito nisso, eu sou espírita, né, aí eu acredito que existe algo assim, né?(S8).*

Contra-pondo-se à noção do sentir-se bem como definidor do estado de saúde, a doença aparece como uma “coisa ruim”, “que tira a felicidade”, “que trás mal”, “que transforma a pessoa, [...] faz a pessoa entrar num estado não agradável pra ela”. A doença chega até a ser caracterizada como uma “atitude do mal”, adquirindo um caráter místico-religioso. A doença extrapola tanto a dimensão biológica – “um HIV, um vírus” – quanto a psicológica. Aqui também a definição de doença surge com um caráter subjetivo, mantendo a coerência com alguns dos discursos anteriores relativos à definição de saúde, só que agora contraposto, isto é, tentando definir a doença.

#### IV.2 Idéia central: A doença é a manifestação física de um problema psicológico

*Acho que a doença é uma manifestação física de algum problema e, pra mim, ela tem muito um fundo psicológico, é a manifestação do que a pessoa sente, do que a pessoa tá vivendo, no físico(S1). Doença eu acho que é a partir do momento que a pessoa está desequilibrada(S8). Doença é o desequilíbrio, tanto físico como mental(S5). Seria, tipo um abalo, quebrar esse equilíbrio, não só físico, entendeu, mas também psicológico. Por exemplo, alguma tristeza, alguma coisa assim(S3). E tipo assim, o psicológico, pra mim, é o centro de tudo. Por exemplo, as condições*

*sociais afetam o psicológico, e se afetar o psicológico pode afetar o biológico. E o psicológico, se ela souber se defender dos problemas sociais, vamos dizer assim, ela, como é que se chama, ela consegue evitar que ela tenha alguma doença, ou, vamos usar essa palavra, dar a volta por cima, entendeu(S6). Porque, no final, tudo vai afetar o psicológico. Se o corpo não está bem, e a pessoa interpretar aquilo de uma forma negativa, o psicológico dela é que está tendo essa idéia. A mesma coisa é o local onde ela vive, com quem ela vive, é a forma como ela vai interpretar tudo aquilo é que vai determinar saúde ou doença. Na verdade eu acho que todo médico deveria ser psicólogo também. Acho que eu vou ter que saber o corpo, vou ter que conhecer muito de psicologia e eu vou ter que estar inserido no contexto social de onde quer que eu esteja, saber mais ou menos como funcionam as condições de vida de vários lugares(S11).*

A dimensão psicológica/mental assume, sempre, para o SC, o caráter proeminente entre as três dimensões envolvidas no processo de saúde-doença, as dimensões bio-psico-social. No aspecto social entendo que estejam englobados os aspectos ambientais, que muitas vezes são destacados na equação acima como bio-psico-socio-ambiental. Entre as dimensões, o psicológico assume, pelo que se depreende do DSC, um caráter mediador, na medida em que, estando a pessoa com uma enfermidade, por exemplo, o grau de comprometimento do “equilíbrio” necessário para manter a pessoa saudável vai depender fundamentalmente de como a pessoa vai “interpretar aquilo”. Da mesma forma, as condições de vida da pessoa também passam pelo crivo da esfera psíquica antes de “determinar saúde ou doença”. Os aspectos psicológicos são, portanto, os moduladores, ou catalisadores, que, na dependência de como cada indivíduo interpreta os seus problemas, tanto físicos quanto emocionais ou sociais, poderão fazer a balança pender para um lado ou para outro, isto é, determinar se o indivíduo permanecerá saudável ou desenvolverá uma enfermidade ou, ao contrário, estando doente, permanece neste estado ou tende para a cura. Mais uma vez a concepção de saúde doença revela uma multifatorialidade na sua “causação”. Mesmo estando os fatores psicológicos colocados de forma destacada, como os principais determinantes do estado de saúde ou de doença, é da sua inter-relação com os outros fatores, os biológicos e os sociais, que depende o desenlace das diferentes situações enfrentadas pelas pessoas em seu cotidiano, e que interferem no processo saúde-doença.

É interessante como a fala de um dos sujeitos que compõem o discurso elabora os efeitos das “condições sociais”. É só na medida em que “afetam o psicológico” que estas “condições sociais” desenvolvem a possibilidade de “afetar o biológico”. Se a pessoa, de algum modo, tem a possibilidade de se defender psicologicamente dos problemas sociais, ela consegue evitar a doença e “dar a volta por cima”. É como se a estrutura psíquica pudesse promover uma blindagem em relação ao corpo físico, impedindo, desta forma, que o social atinja, em um efeito em cascata, o sistema orgânico. O médico, neste caso, evidentemente, deveria ter um conhecimento aprofundado de psicologia, melhor ainda que seja também um psicólogo. Mas o SC não deixa de ressaltar que, além dos conhecimentos de psicologia, conhecer o corpo humano e o contexto de vida das pessoas é importante para o exercício da profissão médica. Existe, portanto, um contexto que envolve o corpo, a mente e o meio no entendimento do processo de saúde-doença. Os conhecimentos da estrutura e funcionamento do corpo humano, aliados à capacidade de lidar com os aspectos psicológicos decorrentes da exposição às agressões do meio, podem instrumentalizar o médico para que ele possa contribuir para a solução dos problemas de saúde/doença das pessoas. Claramente aparece uma visão multicausal do processo de saúde-doença.

#### IV.3 Idéia Central: A pessoa pode ter uma doença mas ser considerada saudável

*Às vezes um detalhe, assim, uma doença simples como a diabetes, assim, a pessoa pode interpretar de uma forma bem negativa. Ai, isso vai ser uma doença pra ela. Diferente, por exemplo, de uma pessoa que tem diabetes mas que encara isso numa boa, sabe se cuidar. Eu vejo, são duas pessoas com o mesmo caso clínico, mas vejo uma como saudável e outra como doente(S11). Porque cada pessoa encara o problema de maneira diferente. Algumas tem uma doença muito grave e não demonstram, assim, né, tem uma convivência benéfica com as outras pessoas. Já outras tem uma doença pequena, mas tem aquela convivência de supervalorizar a doença, e acaba se remoendo, né, acaba não vivendo, de tanto que tá sofrendo(S8). É uma questão complicada. Justamente porque, às vezes, uma pessoa que aparentemente parece saudável, que tenha condições sociais, por exemplo, pra se manter saudável, ela pode não ter, assim, saúde mental, essa questão de estar bem consigo mesma. Então, o que a gente normalmente fala: “ah, uma pessoa saudável*

*é uma pessoa que não tem uma doença externa, tal!”, mas às vezes a gente não sabe se essa pessoa tem uma depressão, ou se tem um transtorno de pânico, alguma coisa, assim, que não é tão visível. Não é uma coisa tão à mostra. Então, é complicado(S1).*

O sujeito coletivo repete, aqui, o discurso elaborado ao analisar o conceito de saúde, atribuindo um caráter subjetivo para considerar um indivíduo como saudável ou doente. Esta visão faz com que se possa considerar de forma diferenciada duas pessoas com a mesma patologia, “com o mesmo caso clínico”, na dependência de como elas encaram esta situação: “de uma forma bem negativa” ou “encara isso numa boa, sabe se cuidar”, “não demonstram, assim, né, tem uma convivência benéfica com as outras pessoas”. Pode-se repetir a mesma interpretação, com os mesmos argumentos, do DSC acima relacionado. A fala também destaca o entendimento de que a ausência de uma “doença externa”, visível, detectável fisicamente, não evidencia, por si só, o estado de saúde/doença de uma pessoa. Embora aparentemente óbvia, as implicações desta constatação podem relativizar o olhar sobre as questões que envolvem a doença e o adoecer e os estigmas que os acompanham.

#### IV.4 - Idéia Central: Existem doenças de vários níveis

*Pra mim, eu acho que existem vários níveis de doença. Eu acho que a partir do momento que a pessoa já está estressada, ela já tá nervosa, ela já brigou com alguém, ela já tá doente, assim, né, é nível psicológico, né, ela pode cuidar, assim. Agora, né, quando uma pessoa que já tá com câncer, assim, já tá um pouco fora do controle dela, né(S8). Tipo tem doença de corpo, que é a doença tipo problema na coluna, gastrite(S4), aquela doença científica, como a patológica, que é causada por microorganismos, não sei o quê, tudo isso, essa parte, que ataca o sistema. E tem a doença causada pelo sentimento, assim, uma solidão, uma tristeza, uma falta às vezes de diálogo, falta de conquistar algo(S9), assim, tipo traumas que talvez ela sofreu, ou coisas assim que prejudicam o bem estar dela(S4). Esse cara acaba ficando doente, doente das idéias, se eu posso falar assim(S9). São doenças que eu acho que são as mais difíceis de ser curadas(S4). E eu acho que tem outros tipos de*



*doenças, mas não necessariamente do ser humano. São doenças sociais, tipo não ter escola pra por teu filho, não ter o que comer, porque não ter emprego é uma espécie de doença, mas uma doença do sistema, eu acho(S4). A pessoa que não tem condições, assim, as pessoas mais pobres, assim, vão desenvolver aquelas doenças de pobreza, assim, porque não tem saneamento, não tem as condições básicas, né(S5). Uma pessoa que vive em condições precárias, assim, sem saneamento básico, sem alimentação adequada, com certeza essa pessoa vai desenvolver uma doença, pode desenvolver mais facilmente uma doença, assim, né(S11). Eu acho que o ser humano é a soma de tudo o que tá em volta dele, o aspecto material, o aspecto amoroso, do amor, né, do relacionamento humano, tanto de homem pra mulher como de amizades, né(S8).*

Surge aqui, explicitamente, uma categorização das doenças em diferentes níveis. Num dos níveis estaria a “doença do corpo”, “científica”, “patológica”, “causada por microorganismos”. Estas seriam doenças sobre as quais a própria pessoa não pode exercer controle, mas, por outro lado, não são as mais difíceis de curar. Parece ficar implícito aqui o pressuposto de que sobre este nível é que o médico tem mais possibilidade de agir, já que a pessoa doente pouco pode fazer, já que está “fora do controle dela”. Num outro nível estariam as doenças “causada pelo sentimento”, tais como tristeza, solidão, falta de diálogo, frustrações, traumas, que podem fazer com que a pessoa fique “doente das idéias”. Estas seriam as “doenças psicológicas”, sobre as quais o indivíduo exerce algum controle e “pode cuidar”, mas que são “as mais difíceis de serem curadas”. É interessante a visão de que o doente possa ter maior controle sobre as manifestações psíquicas. Talvez possa estar implícita uma responsabilização do próprio sujeito sobre estes aspectos, já que objetivamente não existe uma justificativa para o seu quadro clínico e suas queixas carecem da concretude da doença. O terceiro nível corresponde ao das doenças sociais. Um dos entrevistados que contribuíram para este DSC chega a afirmar que estas não são doenças do ser humano, mas do sistema, dissociando, deste modo a sociedade, uma instituição eminentemente humana, dos próprios seres humanos. Os fatores sócio-econômicos e ambientais também aparecem neste terceiro nível. Também são destacadas “doenças de pobreza”, características das pessoas que não tem “condições básicas” de vida.

Embora apareça o ser humano como integrado, envolvendo as condições físicas, o estado emocional/mental e as condições de vida, não fica caracterizada a determinação social do processo saúde-doença. A visão do ser humano como a “soma de tudo o que tá em volta dele”, denota uma possibilidade de múltiplos fatores contribuindo para a manutenção da saúde ou para o desenvolvimento da doença.

#### IV.5 Idéia Central: Ver as condições sócio-econômicas da pessoa

*Uma pessoa que tem saúde é também ter uma certa condição financeira estável. Você não precisa ser rica, né, você tem que ter condições para comprar o básico, pra se manter, entendeu, tanto na alimentação, como a atividade física. E o estudo, você ter cultura, sair, se divertir, entendeu, adquirir conhecimento, essas coisas assim. Então, o dinheiro é importante pra isso, pra que a pessoa possa se desenvolver melhor e, no caso, se tiver uma doença, poder tratar essa doença, né(S5). Porque, tipo assim, às vezes a pessoa não tem dinheiro pra comprar comida, pô, ela fica angustiada, entendeu? Ai tem o problema da comida, porque ela vai ficar desnutrida, e tem o problema da angústia. Então, é um conjunto de fatores sociais, isso aí. Tô parecendo até um petista, assim. E acho que ah, a pessoa, pô, ela ter ocupação, distrair a mente, não ter problemas financeiros, que atualmente é muito difícil a pessoa não ter problemas financeiros. Eu acho que seria importante minimizar estes aspectos aí. Porque tudo isso influi no biológico e no psíquico da pessoa. Por exemplo, tu não ter dinheiro pra comprar comida pro teu filho, pô, tu já vai ficar: o que que eu vou fazer agora?(S6).*

A “condição financeira estável” aparece como um fator considerável para definir se uma pessoa pode manter-se saudável, não só para a garantia de sua subsistência, ou para poder tratar uma doença que venha a ter, mas também para ter acesso a conhecimento, cultura, lazer, enfim, o desenvolvimento pessoal. A falta de condições financeiras que garantam pelo menos o básico para a pessoa se manter, diz o SC, afeta tanto os aspectos físicos como os psíquicos do indivíduo. As análises da amplitude de alcance das condições sócio-econômicas sobre a determinação do estado de saúde-doença é muito pobre e limitada, e não vai muito além do senso comum. Este discurso foi mantido para caracterizar exatamente

esta visão limitada e limitante do entendimento do grau de determinação social sobre os processos do adoecimento e da manutenção da saúde. Neste aspecto, considero significativa esta fala na análise global de todos os discursos que compõem o estudo.

#### **4.1.5 DSC V – A vivência do novo currículo**

Questão: Como está sendo a vivência do novo currículo?

*Ah, eu fiquei empolgada. Porque os médicos que eu conversei me falaram que ia ser super chato, na primeira fase não tinha nada legal(S4). Fiquei mais animada, era mais o que eu queria mesmo(S3). Eu tô bem mais empolgado do que quando ouvia as pessoas me contando(S7). Os professores diziam que a gente não ia ter tudo na mão, que é muito ah, vai lá e estuda tal coisa, se vira! E não tá sendo tanto assim. Tá tendo uma boa comunicação entre professores e alunos(S7). É, eu não achava que seria tão integrado, assim, essa relação das matérias, que é a proposta do novo currículo(S1). A gente tem uma coisa diferente. É como se fosse um processo, assim, tipo tudo já meio interage. Parece que a gente não está estudando uma coisa vaga, assim, tipo, ah, eu tô estudando bioquímica, mas eu nunca mais vou usar isso na minha vida, e a gente sabe mais ou menos aonde a gente vai usar tal coisa(S4). Mas também eu achei que tem matéria que não tem como tu ter na primeira fase, entendeu? Pô, eu ainda não tive nenhuma aula de anatomia e já estou tendo correlação clínica e anatomia! Então a gente fica meio perdido às vezes, nessa situação(S6). Eu achei que no curso a gente não teria aulas pra tratar dessa parte humana, que a gente tem feito com os pacientes. Eu achei interessante isso(S1). Eu não sabia nada que, logo na primeira fase já ia para um posto de saúde. Eu imaginava mais na aula, realmente(S6).*

*A medicina baseada em narrativas, baseada em evidências, a anatomia e correlação clínica, eu já tinha ouvido falar alguma coisa, mas não tinha idéia como seria. Eu tô achando interessante(S11). Por exemplo, a medicina baseada em narrativas, que é essa forma de a gente conversar com os pacientes, de conhecer, de tentar saber, a forma como tu vai falar com ele pra conseguir entender o que ele quer, e conseguir*

*passar a informação pra ele(S1). Pra você aprender a conversar(S3), pra fazer o diagnóstico, assim, do paciente, como eles falam, né, tem que conversar com o paciente, ver essa parte. É legal saber como lidar com isso, porque você vai começar a fazer diagnóstico e não sabe o que ele tá sentindo, assim. Aí é bom porque eu já possuo isso também(S5). Porque antes você teria só anamnese lá na frente. E a gente tá tendo uma introdução de tudo o que a gente vai ter, já conseguindo enxergar o que você vai ter no futuro, como é que vai tá relacionado isso. Nossa, eu adorei(S2).*

*Mas o que eu acho importante nesse novo currículo é quando ele faz a correlação da anatomia com a clínica: olha, por exemplo, aqui nessa fratura que a gente teve aqui, vai causar isso, isso e isso, e a gente vai ter que saber. Isso que eu achei bastante interessante, né, você poder enxergar essa correlação(S2). Aplicando toda a parte mais biológica na parte prática ali, de lidar com o paciente, usar os conhecimentos que a gente tem, né, vai ter, né, em anatomia, e aplicar isso no paciente. Porque a gente tem anatomia, pôxa, é muito chato a gente ficar decorando isso, isso, aquilo e aquilo, aquilo, aquilo. Tu acaba te perdendo(S11).*

*Ah, eu gostei da interação comunitária bastante. Desde a primeira fase a gente vai nos postos, assim, sabe, conversa com os agentes comunitários, conversa com a comunidade. Eu achei muito legal isso, você estar vendo aquelas pessoas indo lá, e saber porque que foi lá(S2). Pra primeiro conhecer o ambiente que o paciente está inserido, pra depois poder entender então como tratar a doença desse paciente. Porque senão não tem como conseguir tratar, né, se tu não conhece o meio em que ele vive e o modo de vida que ele leva. Eu até tinha medo que não tivesse tudo isso, eu achava que a medicina realmente precisava ter, e que não tinha no curso em si, entendeu? Que era uma coisa que o médico, dependendo de cada médico, ele ia ter isso na sua vida profissional, ou não. Eu não sabia que a gente tinha isso no curso(S1). Eu achei que é uma coisa bem legal, diferente(S4). Porque tipo assim, pro médico é uma das condições importantes, assim, tu saber, ter o contato com o público, a gente já tem uma noção de como vai funcionar as coisas. Querendo ou não, tu fica olhando, lá, um médico atendendo a pessoa, assim: ele faz isso, tu dá uma olhada, assim. Tu conhece como as pessoas pensam, como que elas agem, entendeu, no dia-a-dia, entendeu? No posto de saúde a pessoa tá toda bonitinha, aí tu vai na casa da pessoa, tu fica meio abismado, assim, como é que alguém vive assim! A gente passa na frente e já fica assim, só por fora, já fica, assim,*

*insuportável, entendeu, tu já fica meio, tu sabe, né, fica meio, pô, como é que a pessoa vive ali(S6). E ter esse contato desde o começo da primeira fase, assim, já ajuda bastante. Porque, na verdade você vai lidar com o ser humano. É mais uma baita responsabilidade(S9).*

*Minha visão mudou bastante. O programa social da universidade, aqui, é muito forte. Então a gente foi conhecer o ser no seu ambiente, para depois conhecer a normalidade, pra depois conhecer a patologia. A gente tá conhecendo agora o ser inserido naquele ambiente. Eu achei isso interessantíssimo, porque eu não tinha essa visão, sabe, eu achava que se tratava de doentes, e tu trata também do ser humano. Então, é muito diferente. Não tem só que saber o mecanismo, como é que funciona, você tem que saber o que que é uma pessoa. Você está tratando uma pessoa, não é uma máquina, é uma pessoa. Tem que entender o meio aonde ela está inserida. às vezes o problema é muito mais psicológico do que uma patologia em si. Antes era mais um maquinário, assim, uma coisa bem mecânica, e agora já não, eu vejo que é um ser humano. Tem que compreender sentimentos, tem que compreender situação econômica, situação cultural, situação política de cada região. O paciente vem de tal região: tem que mais ou menos entender como é a região, como que é o dia-a-dia desta pessoa para daí poder concluir: ah, porque será que ele está desenvolvendo essa patologia! Não adianta tratar a doença e não tratar o paciente. No momento que tu tratar o paciente tu vai poder efetivamente curar ele(S10). E a gente vê que medicina não é só no hospital grande, né, bem estruturado, como o HU, aqui, com equipamentos, e o pessoal que vem, que se desloca até o hospital. Indo no posto a gente vê que são lugares mais distantes, sem recursos. Aí a gente vê que a medicina não é só aplicar o recurso tecnológico, ou o conhecimento de anatomia. Também tem aquela função, aquele impacto social do médico que, sem ter muitos recursos, ele acaba usando de outros artifícios, com conversa, tentar entender o paciente, tentar ajudar só com uma conversa, assim né. Porque eu tava um pouco revoltado, assim, porque eu via que os médicos, a maioria pelo menos, não era assim. Não é que eu não tinha uma visão do médico assim, eu via que a maioria não era assim, não tinha esse lado de chegar e conversar. Então eu tinha uma visão, digamos, era um negócio mais idealizado. Eu não sabia que na prática eu ia encontrar isso logo no primeiro semestre.*

A inclusão de um DSC que versa sobre as vivências que os estudantes estão experimentando sobre o novo currículo, embora não fosse um objetivo direto das entrevistas quando da sua elaboração, surgiu logo quando foram feitas as entrevistas que serviram como teste prévio. O impacto do novo currículo apareceu de forma muito evidente. As discussões que certamente foram feitas com os estudantes logo no início do curso provocaram perturbações importantes, que ainda estão sendo elaboradas por eles, fazendo com que tivessem que relacionar as expectativas anteriores em relação ao desenvolvimento do curso com a realidade que encontraram na nova proposta curricular. Isto fez com que, como expliquei no capítulo referente à Metodologia, eu modificasse a abordagem aos entrevistados, alterando o roteiro das entrevistas, para permitir e estimular os entrevistados a discorrerem sobre essas vivências. E isto poderá contribuir para o desenvolvimento do currículo do curso de medicina da UFSC.

Ao analisar as falas que compõem este DSC, fica evidente a surpresa, na maioria das vezes agradável, com o novo currículo. O entusiasmo e a empolgação provocados pelas situações propiciadas pelo currículo refletem-se claramente nas falas do SC.

É interessante notar que as informações que o SC tinha antes de iniciar o curso é que as fases iniciais eram “chatas” e desmotivadoras. Esta fala aparece mais relacionada ao currículo tradicional.

Já em relação ao processo pedagógico proposto pelo novo currículo, surge um discurso que revela a preocupação com a proposta metodológica. Neste aspecto, quando S7 fala em “ah, vai lá e estuda tal coisa, se vira”, parece explicitar o entendimento que teve de uma proposta de ensino-aprendizagem que tem como foco o estudante como produtor do seu próprio conhecimento, e o professor como um facilitador, não mais como possuidor do conhecimento a ser transmitido. Este é um dos complicadores importantes nas fases iniciais de um curso que opta por trabalhar com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O estudante vem, com raras exceções, de um ensino tradicional. Ao se deparar com esta nova proposta, sente-se confuso e inseguro, pois não tem o hábito de buscar, analisar e selecionar as informações necessárias, pertinentes e adequadas para ampliar os seus conhecimentos prévios sobre determinado conjunto de conhecimentos a serem desenvolvidos. Praticamente toda a sua experiência educacional esteve centrada no professor transmissor dos conteúdos a

serem memorizados para a prova. Isto gera uma angústia muito grande, que pode chegar, em determinados momentos, à revolta e à indignação.

Existe ainda uma confusão, natural para os momentos iniciais do curso, sobre a integração entre as diferentes áreas do conhecimento e entre a correlação básico-clínica. Assim, quando o SC fala: “Pô, eu ainda não tive nenhuma aula de anatomia e já estou tendo correlação clínica e anatomia!” revela, na sua angústia, que não entendeu que os conhecimentos de anatomia vão ser construídos exatamente desta forma, de forma integrada. Aparece a visão do currículo tradicional: primeiro estudar as áreas básicas para depois as clínicas, na visão do conhecimento compartimentalizado do positivismo e de Flexner.

Mas o que surge de mais significativo neste DSC é a importância atribuída às vivências nos cenários da prática profissional. A medicina baseada em narrativas e a interação comunitária provocaram profundo impacto em todos. A importância atribuída à “conversa” com as pessoas, embora ainda relacionada, na maioria das vezes, à busca do diagnóstico da doença, revela a significação que esta atividade pode atribuir aos aspectos relacionais e afetivos no exercício da prática profissional do médico.

O “choque de realidade” provocado pela unidade de interação comunitária foi muito significativo para o SC. Vivenciar o que, para a grande maioria, era uma realidade distante, conhecendo as condições de vida das pessoas no local onde elas vivem, nas suas casas, surpreendeu a todos e provocou, já, a percepção de aspectos que não constavam do imaginário dos estudantes sobre a prática médica. A constatação de que é possível fazer uma medicina fora do hospital, com poucos recursos tecnológicos, “usando de outros artifícios”, evidencia o potencial desta atividade curricular em ampliar a visão sobre o processo saúde-doença, analisando suas determinações e condicionamentos. A mudança de visão provocada por essas experiências levou o SC a perceber que o ser humano é mais do que uma máquina, e que a medicina não pode se preocupar só com as doenças. Tratar o doente adquire um significado muito mais amplo do que aquele relacionado exclusivamente com a sua doença, assumindo um espectro que considera as suas relações, o seu entorno e a sua inserção sócio-histórica.

## 5. UMA SÍNTESE

Para a análise dos dados da pesquisa usei três categorias para caracterizar as concepções de saúde-doença presentes nos diferentes DSC e numa avaliação global: a biologicista, a multicausal e a da determinação social.

A concepção biologicista, cujo emblema é o modelo flexneriano, assume uma visão monocausal do processo saúde-doença. Sua legitimação tem por base a teoria dos germes, desenvolvida a partir da segunda metade do Séc. XIX, que localiza o problema da saúde na relação entre agente e hospedeiro. A saúde se caracteriza pela ausência da doença. A natureza das doenças, suas causas e conseqüências são biológicas. O objeto da saúde é o indivíduo, sendo os aspectos sociais excluídos de sua vida. O corpo humano é mecanizado, em analogia a uma máquina que pode ser desmontada e remontada uma vez entendida sua estrutura e funções. O atendimento é individual, feito por especialistas, geralmente no hospital, com grande aporte técnico-científico. O diagnóstico assume papel preponderante e, por isso, a compreensão da fisiopatologia das doenças passa a ter papel central para o entendimento e enfrentamento das doenças. A abordagem dos doentes visa obter dados que permitam identificar as manifestações clínicas, explicar a etiopatogenia/fisiopatologia, permitir o diagnóstico e possibilitar o tratamento das suas doenças. A terapêutica se resume às possibilidades de intervenção medicamentosa. O sujeito foi deslocado como o objeto central da medicina, assumindo seu lugar a doença, seu diagnóstico e tratamento. A prática sanitária e a organização dos serviços obedecem à lógica da atenção médica (CUTOLO, 2001).

Na concepção multicausal do processo saúde-doença a visão se amplia ao considerar o ambiente como um dos componentes intervenientes nas condições de saúde e doença, em interação recíproca com o agente e o hospedeiro. O ambiente aqui também pode ser entendido como englobando as condições sociais, econômicas e culturais. Não há, entretanto, definição de graus de determinação, sendo todos os multifatores considerados, em seu conjunto, como possíveis causadores de doença ou promotores da saúde. Da inter-relação entre os diferentes fatores, que deve ser estabelecida matematicamente pela estatística, surge a possibilidade de



compreender as causas das doenças ou agravos à saúde (DA ROS, 2000). A estruturação dos diferentes fatores em situações distintas é que possibilitam o surgimento das doenças (ROUQUAYRO & GOLDBAUM, 1999). Tanto o social quanto o biológico são “fatores de risco” que atuam de maneira igual na determinação da saúde-doença (LAUREL, 1983). Os aspectos preventivos são sempre enfatizados, mas relacionados principalmente às doenças transmissíveis e, quanto muito, aos estilos de vida. O enfrentamento dos problemas, contudo, obedece à mesma lógica do modelo biologicista, com forte conotação médica, tanto nas ações preventivas quanto nas curativo-reabilitadoras. O pensamento clínico é predominante. A atenção se concentra no “estudo das relações entre uma ou várias ‘causas’ e entre um ou vários ‘efeitos’ em saúde, reforçando respostas unilaterais, marcadas por uma visão clínica e que se localizam no espaço da atenção às pessoas” (MENDES, 1999). Resolver o problema de saúde resume-se a achar a sua causa, eliminando-a ou corrigindo-a por meio de uma intervenção médica. A organização dos serviços ainda é definida medicamente, acreditando-se que a disponibilização de serviços preventivos ou curativo-reabilitadores acessíveis à população seja a principal estratégia para melhorar as suas condições de saúde.

A determinação social, ao invés disso, supõe uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que passa a sofrer influência dos fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Nesta perspectiva, a saúde é entendida como processo e, como tal, pode se modificar, para melhor ou para pior, na dependência das ações sobre os seus determinantes (MENDES, 1999). A doença, no campo social, adquire um significado específico, numa perspectiva mais totalizante, considerando as conjunturas econômicas, políticas e ideológicas como condicionantes da situação de vida e, portanto, do estado de saúde-doença de uma determinada população (MARSIGLIA *et al*, 1985).

É fundamental compreender, entretando, que as três concepções analisadas não se excluem mutuamente. Pelo contrário, elas devem se complementar (CUTOLO, 2001). Os diferentes modelos de prática sanitária devem possibilitar uma ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação dos doentes e reabilitação dos sequelados.

Os objetivos da pesquisa foram entender qual é a percepção sobre o processo saúde-doença dos estudantes da primeira fase do curso de medicina da UFSC, através da análise das

expectativas que tinham em relação ao curso, das expectativas em relação ao seu futuro profissional e na definição que expressam sobre saúde e sobre doença.

Concordo com os autores que consideram que as concepções sobre saúde e doença determinam como será a formação dos profissionais de saúde e como será a sua prática, uma vez formados. Esse foi um entendimento que norteou a pesquisa desde a sua concepção.

Parti do pressuposto que os estudantes tinham como expectativas em relação ao seu processo de formação a construção de conhecimentos que possibilitassem, fundamentalmente, o diagnóstico e o tratamento das doenças e que previssem o exercício da profissão no hospital e no consultório particular, como especialistas, e com grande reconhecimento social, traduzido em prestígio e retorno financeiro significativos. Pressupunha também, ao iniciar a pesquisa, que os estudantes fossem relacionar saúde com a ausência de doença e circunscrever saúde/doença, basicamente, no ser biológico. Como decorrência, a concepção de saúde-doença preponderante entre os estudantes entrevistados deveria ser, segundo os pressupostos acima, a biologicista. Embasaram estas premissas a construção social da profissão médica, que tem por base o modelo de formação e prática médica proposto há quase um século, a partir do Relatório Flexner, publicado em 1910 nos EUA, e que desde então se tornou hegemônico em praticamente todo o mundo. É nesse universo simbólico que a maioria destes jovens construíram suas vidas, seus sonhos e desejos, entre eles o de ser médico.

Os dados foram coletados e organizados seguindo os quatro eixos apontados acima: expectativas em relação ao curso, expectativas em relação ao futuro profissional, definição de saúde e definição de doença. Ao coletar e organizar os dados surgiu um aspecto muito importante que dizia respeito às vivências dos estudantes sobre o novo currículo. Decidi, em função disso, incluir mais um eixo, que analisa as vivências do novo currículo pelos estudantes entrevistados. Dentro de cada eixo foram construídos, a partir das expressões-chave que surgiram das falas dos sujeitos entrevistados, discursos que abordam as idéias centrais relacionadas com o objeto de pesquisa que considero serem as mais significativas para tentar elucidá-lo. Muitos discursos são bastante semelhantes, em sua essência, nos diferentes eixos. E nem poderia ser diferente já que, embora de pontos de vista diferentes, o foco era o mesmo: as concepções de saúde-doença. Na análise dos dados que segue procurei englobar os diferentes discursos que falam sobre as diversas visões procurando dar mais corpo aos dados coletados.

Observei, desde o momento da coleta dos dados, durante a realização das entrevistas, que os sujeitos discorreram com bastante desenvoltura sobre as expectativas em relação ao curso, a estrutura curricular que imaginaram e a que encontraram, e sobre as possibilidades de seu futuro profissional. No momento de elaborar uma definição de saúde e de doença, entretanto, as coisas se tornaram muito mais difíceis e complicadas. Muitos silêncios prolongados, reticências, idas e vindas apareceram nestes momentos das entrevistas de todos os estudantes. Os depoimentos nestes pontos tornaram-se quase unívocos, bastante repetitivos e, muitas vezes, pouco consistentes e/ou contraditórios. Isto pode significar uma falta de reflexão e discussões mais aprofundadas sobre o tema. Outra possibilidade é a existência de confusão entre uma definição anteriormente construída, vinda do senso comum, e que, em decorrência das discussões e vivências recentes, está sendo ressignificada, mas ainda de forma muito incipiente, não permitindo a sua expressão de forma clara e convincente, tanto para quem a expressa como para quem a ouve. Nem mesmo a definição clássica da OMS foi citada de forma correta.

O que surge de mais significativo, principalmente nos dois primeiros eixos, é uma forte conotação biologicista do processo de entendimento de saúde-doença, relacionada ao desenvolvimento do currículo. Entender o funcionamento do corpo é a principal preocupação do Sujeito Coletivo neste momento do curso. O destaque dado ao estudo da anatomia é bastante claro a este respeito, mesmo que consideremos a possibilidade de que ele seja encarado, no ideário dos estudantes - e da própria sociedade - como um “rito de passagem”. Compreender a estrutura e funcionamento do organismo humano assume extrema relevância. “Botar a mão na massa”, “mexer logo com o corpo” são algumas expressões que evidenciam isso. “Lidar com o ser humano” fica reduzido quase que exclusivamente a entender o funcionamento do organismo e a conhecer a sua estrutura física. O objetivo é conhecer o mecanismo normal de funcionamento do corpo humano para depois, com base nestes conhecimentos, conseguir diagnosticar e tratar as doenças. Há uma ênfase nos aspectos estruturais e funcionais. O organismo humano é percebido como uma máquina e o entendimento da sua estrutura e funcionamento como a chave para compreendê-lo, tanto no estado normal, quanto no estado alterado. Entendido o “funcionamento de um organismo normal” ficaria fácil, agora, fazer com que “um organismo com problemas” possa “voltar à normalidade”. O entendimento deste mecanismo é que permitiria reconhecer e tratar as doenças. Montar e desmontar a máquina-homem, estudando suas peças e como elas

funcionam, permitiria compreender o que acontece quando surge algum problema no seu funcionamento, a doença, e a possibilidade de eliminá-lo ou corrigi-lo. O entendimento do mecanismo biológico é suficiente para compreender, explicar e tratar a doença. A preocupação com as “aulinhas” de bioquímica, biologia celular e, pior ainda, antropologia e história da medicina confirmam o centralismo biológico do aprendizado que perpassa a visão do SC sobre o curso de medicina e a formação médica. Existe a preocupação com as possibilidades de uso dos conhecimentos que estão sendo construídos, mas isto está diretamente ligado a sua utilização para o diagnóstico da doença. Os conhecimentos da antropologia/sociologia e da história da medicina, ao abordar outros aspectos que não os biológicos provocam estranhamento e resistência. O desenho curricular que surge dessas análises é muito semelhante ao proposto por Flexner no início do século XX.

Esta necessidade de conhecer a organismo para poder tratar e curar as doenças pode ter relação com a expectativa de poder controlar a saúde, de dominar a natureza, decorrente das fantasias onipotentes que aparecem em vários estudos sobre as motivações, conscientes e inconscientes, para o desejo de ser médico. MILLAN (*apud* GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2004), considera que estas fantasias onipotentes de cura constituem a “pedra bruta”, que precisa ser trabalhada, mas cuja presença é imprescindível para a existência da verdadeira vocação médica. Para ele, os que não a tem poderão trabalhar como médicos, mas nunca poderão ser médicos. O processo de lapidação, que deve se dar principalmente na fase de formação do profissional médico, deverá transformar estas fantasias em generosidade e capacidade de doação.

O segundo tema mais presente é o do hospital. O SC tinha a expectativa de ir para o hospital o mais breve possível. “Mergulhar na medicina” está relacionado com a prática no hospital, acompanhar cirurgias, “ver como é que faz, como é que trabalha”. Até para confirmar sua opção profissional, para os que ainda têm dúvidas. Quando fala do futuro profissional o SC expressa com mais clareza a importância que o hospital adquire em sua percepção da prática profissional do médico. Trabalhar no hospital é considerado como o sonho de qualquer médico. Melhor ainda se ele for bem equipado: um “Albert Einstein, Sara Kubitschek” seriam perfeitos, embora as notícias que circulam na mídia sobre a situação de atendimento nos hospitais públicos geram preocupação em relação às possibilidades futuras. Há mesmo um deslumbramento com o ambiente hospitalar, principalmente relacionado ao centro cirúrgico.

S6 compõem um DSC que contrapõe o trabalho do médico do hospital ao do “posto de saúde” fazendo uma dissociação importante. Ao atribuir ao médico do hospital o papel de abordar os aspectos biológico e psicológico do paciente, deixando ao médico do “posto de saúde” os aspectos sociais, ele na verdade está eximindo o primeiro de preocupações outras que não sejam aquelas relacionadas com a doença. A doença pode então ser abordada de forma individual, descontextualizada, excluindo outros determinantes que não os biológicos para o seu diagnóstico e tratamento. O homem é retirado da sociedade, descontextualizado de seu meio sócio-histórico. A entidade nosológica passa a ser o único ponto de referência, como elemento autônomo, encarada de forma individual e explicada pelo mecanismo biológico. “O médico do hospital trata o biológico, da saúde, e o psicológico...”. Fica claro, saúde é vista unicamente sob o ponto de vista biológico. Surge também uma preocupação técnica muito grande, evidenciada na preocupação de não cometer erro ou na possibilidade de “perder” o paciente, o que justificaria “saber o mínimo” sobre o paciente. Embora a realidade do atendimento de urgência em um hospital possa, em alguns casos, dar razão ao que S6 expressa, parece haver uma preocupação em justificar uma prática profissional que possa desconsiderar outros determinantes do processo saúde-doença que não os exclusivamente biológicos. É como se quem optasse por trabalhar no hospital não precisasse se preocupar com outros aspectos relacionados com saúde e doença além dos necessários para o diagnóstico e tratamento das doenças.

Um outro DSC que surge quando fala do seu futuro profissional diz respeito à escolha de uma especialidade. A discussão se dá em torno de que especialidade escolher. Em nenhum momento surge a discussão sobre a possibilidade de não cursar uma especialidade. A especialização está quase que incorporada à formação, parecendo ser indissociável dela. Mesmo estando ainda meio “perdido”, e até compreendendo que, antes de tudo, é importante “fazer uma boa faculdade” a elucubração sobre a especialidade a ser escolhida está fortemente presente no imaginário do coletivo dos estudantes entrevistados. Surgem muitas possibilidades, decorrentes de diferentes motivações. A cirurgia surge como a que mais entusiasma o SC, exercendo verdadeiro fascínio. Isso tem coerência com os discursos anteriormente analisados, confirmando a legitimação social do modelo flexneriano de formação médica, ou seja, o foco na doença e no indivíduo biológico, a fragmentação do conhecimento levando a uma formação altamente especializado e a prática aprendida e exercida quase que exclusivamente dentro do hospital.

GROSSEMAN & PATRÍCIO (2004), ao analisar a satisfação de ser médico a partir do relato dos cirurgiões, detectam a possibilidade de intervenção direta no corpo do paciente, que lhes delega esta autorização, como motivo de grande satisfação, evidenciando um poder que lhe é conferido para “salvar” o ser humano por meio de suas próprias mãos. O sentimento de estar no papel de “salvador”, ou “semi-deus”, de ter controle sobre a vida e a morte gera grande gratificação pessoal, que acaba por delinear um perfil arrogante e endeusado do médico cirurgião e que, se o indivíduo não estiver psicologicamente preparado, tende a se estabelecer e se perpetuar.

O lado altruísta e idealista do Sujeito Coletivo aparece em algumas situações que ele coloca como possíveis em seu horizonte profissional e que podem permitir o desenvolvimento destes valores. A idéia de exercer a profissão no interior, onde o trabalho é valorizado de forma diferenciada através do estabelecimento de relações mais próximas e do comprometimento com as pessoas e suas necessidades, permite vislumbrar um profissional com uma percepção mais ampla da prática médica, que não se limita nem se reduz à prática clínica. A possibilidade de deslocar-se para locais mais remotos, conhecer outras realidades, em diferentes condições sócio-econômicas e culturais, muitas vezes de forma voluntária, denota uma sensibilidade e uma preocupação com o sofrimento das pessoas e povos menos favorecidos, indicando um potencial para perceber e poder optar por cenários de prática profissional com maior comprometimento social e que exigem a mobilização a recursos que vão além dos conhecimentos técnicos.

GROSSEMAN & PATRÍCIO (2004), fizeram extensa revisão bibliográfica para a análise dos dados da tese de doutorado da primeira autora, sob a orientação da segunda, que investigou a construção social e os significados do desejo de ser médico de 25 profissionais médicos com mais de 15 anos de exercício profissional, provenientes de cinco grandes áreas: pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica e saúde pública. Analisaram desde o emergir do desejo de ser médico, passando pelo processo de formação, chegando até o cotidiano da prática profissional e as expectativas sobre o futuro. Os dados da sua pesquisa coincidem com os relatos da literatura ao atribuir valor central entre os fatores que influenciam o emergir do desejo de ser médico ao altruísmo, isto é, gostar de ajudar os outros, de cuidar, curar e salvar, de ser útil, de ser um articulador social e promover o bem-estar para as pessoas e/ou para a sociedade.

Vários autores afirmam que o altruísmo e a compaixão dos estudantes recém-chegados ao curso de medicina vai se diluindo ao longo do curso. Pudera! Os currículos tradicionais sempre desconsideraram a formação humanista em favor do conhecimento técnico, distanciando a prática médica da arte de curar.

Vários autores confirmam as transformações que os estudantes sofrem durante a sua formação (GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2004). Os jovens alegres e cheios de sonhos do início do curso transformam-se frequentemente em pessoas ansiosas, cansadas e tristes na época da formatura. A má qualidade de vida, provocada pelo excesso de provas, trabalhos e estudos explica em parte este estado. Mas os eventos estressores mais importantes estão relacionados com a falta de preparo para lidar com as situações psico-afetivas enfrentadas durante o processo de formação. Os estudantes não são, e nem se sentem, preparados para lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Logo nos primeiros dias do curso eles são apresentados ao cadáver, que será seu material de trabalho, na maioria das vezes sem nenhum preparo ou discussão prévia. Depois vem o laboratório, as peças da anatomia patológica: mais material sem vida. Em seguida as máquinas e instrumentos, mais uma vez a ausência da “anima nobile”. Decora, depois, os sintomas das doenças e as indicações e doses dos medicamentos. Por fim, e no fim, o contato com o paciente, geralmente um doente hospitalizado, frequentemente próximo ou em risco de morte. O foco vai se deslocando da saúde para a doença e da vida para a morte. Para ROCCO (*apud* GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2004): “São as vocações que se esboroam na realidade, pois o estudante não agüenta o sofrimento do enfermo ou a própria escolha de lidar – e aí ele pode começar a entender o que seja morbidez – com a dor, a penúria, a morte, restando-lhe desistir do curso ou optar pelo distanciamento do enfermo [...]”

A opção escolhida, na imensa maioria das vezes, é não se envolver com o paciente. GROSSEMAN & PATRÍCIO (2004) referem-se a CLAVREUL para chamar a atenção para a progressiva “dessubjetivação”, tanto do estudante quanto do paciente, processo que é favorecido pela “ideologia do não envolvimento”. Mais ainda, durante o curso o estudante é estimulado a negar a sua vulnerabilidade e as manifestações emocionais, para que possa passar uma imagem de segurança e saber. Como resultado final, os idealistas dos primeiros meses de curso transformam-se, até o seu final, em cínicos, descrentes no homem, desinteressados pela humanidade e egoístas, como demonstram muitos do que estudaram o processo de formação de médicos (GROSSEMAN & PATRÍCIO, 2004).

As propostas pedagógicas mais recentes, atendendo também as Diretrizes Curriculares, procuram equilibrar fatores humanista e os técnico na formação dos profissionais da medicina. CUTOLO (2001) acredita “ser o humanismo um tema transversal, que pode ser mais efetivo se trabalhado como cotidiano do espaço curricular, no dia-a-dia das relações possíveis (professor-aluno, professor-professor, aluno-aluno, professor-aluno-paciente), não apenas disciplinarmente”. Esta visão encontra-se em perfeito acordo com as propostas de ensino-aprendizagem que supõem o conhecimento sendo construído de forma compartilhada, envolvendo alunos, professores, outros profissionais de saúde e pacientes, em interação permanente e horizontalizada, nos cenários reais da prática profissional. A possibilidade de trabalhar os recursos necessários para desenvolver valores psico-afetivos em situações deste tipo apresenta-se com maior probabilidade. As vivências nos cenários reais que os estudantes da UFSC estão experimentando desde o início do curso, e que analisaremos mais adiante, talvez possam manter vivos estes anseios ao tornar possível o seu exercício durante o curso.

Quando o SC tenta esboçar uma definição mais específica, um conceito de saúde e de doença, surgem mais dificuldades, reticências e silêncios. Os discursos tornam-se redundantes e bastante parecidos entre si. A sensação que tive ao realizar cada entrevista e, depois, ao transcrevê-las é que os estudantes não conseguem mais expressar um conceito simplista como, por exemplo, saúde como a ausência de doença, e, por outro lado, ainda não possuem um conceito mais elaborado e amplo. Talvez as discussões que já tenham feito sobre o tema, principalmente ao abordar o novo currículo, tenham provocado esta espécie de “vazio”. Surgem, de qualquer modo, algumas abordagens muito interessantes.

Quando define saúde, o SC o faz de uma forma bem ampliada, colocando-a como uma sensação de sentir-se bem, estar feliz, sorrindo, realizar-se, ter um trabalho que o realize, estar bem consigo e com os outros, ter condições de vida adequadas, enfim uma condição que envolve basicamente a qualidade de vida. Não surge uma reflexão sobre em que medida a organização da sociedade pode interferir sobre estes fatores, mas amplia significativamente o conceito de saúde, colocando-a muito além de uma visão biologicista.

Este DSC me fez lembrar o relato de CUTOLO (2001) sobre um estudo de 15 anos sobre o envelhecimento realizado pelo Departamento de Saúde, Educação e Assistência



Social Americano, realizado nos Estados Unidos, cujo principal indicador de longevidade foi a satisfação no trabalho e o segundo a “felicidade geral”. Os outros fatores, como alimentação, exercício, cuidados médicos e herança genética, somados, responderam por apenas 25% do risco para doenças cardíacas, a maior causa de morte no estudo.

Os temas da felicidade e do trabalho surgem, nas falas dos estudantes, como fundamentais para que uma pessoa possa se sentir com saúde. Estes temas são recorrentes em muitos trabalhos de outros autores que investigaram esses assuntos, inclusive na formação médica. Mais uma vez GROSSEMAN & PATRÍCIO (2004) trazem contribuições importantes. Por exemplo, referem FANTINO, ao comentar que na sociedade ocidental veicula-se a idéia de que somente a partir do ingresso no “mundo do trabalho” o indivíduo pode construir a felicidade, fazendo com que o adolescente que procura uma profissão esteja em busca de algo que lhe proporcione realização pessoal, felicidade e alegria de viver. MARTIN-BARÓ considera que é através do trabalho, com suas realizações, êxitos e fracassos, que o indivíduo objetiva a construção do ser, levando-o à realização ou à frustração existencial. Nesse aspecto, alguns autores, sobretudo BOHOSLAVSKI, ainda no trabalho das autoras acima citadas, analisam o universo simbólico do “mundo do trabalho”, a construção social das profissões e o desenvolvimento das vocações. Para este último autor o discurso vocacional está sempre relacionado à ideologia de uma classe social hegemônica, em determinada conjuntura histórica. Para BORDIEUX (2000) os símbolos, como instrumentos de comunicação e interação, são inseparáveis das relações de poder e resultam, na maioria das vezes, da luta entre os que detêm o poder e os que a ele estão submetidos. Este universo simbólico se dá através da incorporação de códigos transmitidos pela sociedade. A família, a escola, os meios de comunicação projetam estes símbolos, exercendo influência sobre os desejos do sujeito, de tal modo que acabem desejando aquilo que o sistema detecta e defende como necessidades a serem satisfeitas, conforme afirma FROMM (*apud* GROSSEMAN E PATRÍCIO, 2004). A definição da escolha da profissão, portanto, sofre a ação de múltiplos determinantes, envolvendo aspectos da identidade pessoal, desde fatores genéticos a influências do meio humano e do vínculo com “outros significativos” (pessoas de seu convívio e/ou que são referência para o indivíduo). Ou seja, o contexto sócio-cultural atua sobre o indivíduo influenciando e, muitas vezes, sobredeterminando as suas escolhas.

Em contraposição à saúde, e seguindo a mesma linha, doença é definida pelo SC como algo ruim, que provoca infelicidade, “que traz mal a uma pessoa”, que a transforma,

fazendo-a entrar num “estado não agradável”. A doença adquire, do mesmo modo que na definição de saúde acima, um caráter subjetivo, indo além da constatação da doença física, orgânica, biológica.

Em seguida surge a definição de saúde como a manutenção de um equilíbrio entre o físico e o mental. Este é o discurso mais importante do SC ao definir tanto saúde como doença. E os fatores psíquicos adquirem um papel fundamental, central, para a manutenção do estado de saúde. O bem-estar que surgiu acima é colocado, aqui, como dependente do estado de equilíbrio entre o corpo físico e a mente. O funcionamento normal dos órgãos e sistemas, o seu silêncio, não garantem que a pessoa esteja saudável. A doença é, inclusive, definida como ausência, isto é, a pessoa que se queixa sem apresentar uma doença física. Este “nada” é a doença psíquica. Ocorre, então, uma inversão: a ausência de doença pode ser a doença.

Este mesmo discurso se repete ao definir doença. A doença é definida como a manifestação física de um sofrimento psíquico. O rompimento do equilíbrio entre as dimensões física e psíquica é que provoca a doença. Mas a dimensão psicológica/mental assume, para o SC, o papel central. É ela que modula todo o processo de saúde e doença. Da maneira como a pessoa interpreta psiquicamente os seus sofrimentos físicos ou as suas mazelas sociais depende o desfecho final do processo. O SC é categórico: “é a forma como ela vai interpretar tudo aquilo é que vai determinar saúde ou doença”. O mediador tanto dos fatores biológicos como dos fatores sociais intervenientes no processo do adoecimento ou da manutenção da saúde é o psíquico. Esta visão do processo saúde-doença pode ajudar a compreender outros discursos que caracterizam outras idéias centrais.

Assim, a idéia central de que uma pessoa pode ter uma doença e, contudo, ser considerada saudável ou, ao contrário, aparentando estar saudável pode estar doente (IC III.3, IV.3), também pode ser avaliada por este viés. O estado de doença e de saúde adquire, novamente, um grau de subjetividade que transfere a resolução da equação para a pessoa, na sua interação com os outros, incluindo o médico, com o meio e consigo mesma. Esta visão rompe com o modelo positivista de encarar objetivamente a condição de saúde ou de doença, a primeira pela inexistência da segunda. Relativiza-se o papel dos fatores biológicos como os principais implicados no processo de adoecer, curar-se e manter-se saudável, transferindo para o sujeito, em toda a sua subjetividade, a definição do seu estado de saúde-doença.

E as doenças são então classificadas, pelo SC, em diferentes níveis (IC IV.4). A doença “do corpo”, “aquela doença científica, como a patológica, que é causada por microorganismos”. As doenças “causadas pelo sentimento”, “doenças psicológicas”. E as doenças sociais, que “não são necessariamente do ser humano” mas “uma doença do sistema” e que provocam “doenças de pobreza”. Sobre as doenças do primeiro nível, o SC considera que a pessoa pouco pode fazer, pois está “fora do controle dela”. Parece estar implícito que aqui o médico poderia ter um papel mais direto. Já as doenças do “nível psicológico”, causadas por tristeza, solidão, ausência de diálogo, frustrações, traumas, embora consideradas as mais difíceis de curar, estariam sob a responsabilidade direta dos sujeitos. Talvez pelo fato de não existir uma causa objetiva, concreta, para explicar as queixas, a responsabilidade esteja sendo transferida para o próprio doente. As doenças sociais, por sua vez, estão associadas às condições básicas de vida e subsistência. As condições sócio-econômicas são considerados entre os multifatores implicados no processo de adoecer, curar-se e manter-se saudável. O papel do sistema não é questionado, sendo as doenças provocadas por ele consideradas como “não necessariamente do ser humano”, sobre as quais, portanto, não teríamos possibilidade de interferir.

A IC IV. aborda a importância de as pessoas terem um mínimo de condições financeiras para poder manter-se saudáveis, mas a análise sobre o grau de determinação dessas condições sobre o estado de saúde e doença não ultrapassa o senso comum, não permitindo qualquer discussão sobre os fatores sócio-históricos que determinam a situação de vida das populações.

Se fizermos um apanhado das considerações acima sobre o DSC, englobando as diversas Idéias Centrais e as Expressões-Chave que os compuseram, podemos perceber que os estudantes de medicina da primeira fase da UFSC trazem uma percepção sobre o curso muito próxima do modelo curricular proposto por Flexner no início do século XX nos EUA, que se expandiu pelo mundo tornando-se hegemônico até os dias de hoje. A visão mecanicista, a fragmentação do conhecimento em disciplinas estanques, a dicotomia entre a teoria e a prática, o foco na doença, o aprendizado e o exercício da profissão basicamente no hospital, a desconsideração aos fatores sócio-históricos na gênese da doença e na manutenção da saúde são alguns aspectos que podem ser percebidos através das falas dos sujeitos entrevistados.

Surgem, entretanto algumas janelas importantes que podem se constituir em possibilidades de ampliação deste olhar. Assim, a valorização dos aspectos subjetivos do adoecer, do curar-se e manter-se com saúde ou a perceber-se como doente ou sentir-se saudável, que surge claramente no DSC, acrescentam um ingrediente novo a este olhar sobre o processo saúde-doença. A preocupação em eliminar o subjetivo na construção do conhecimento, através do método científico, embora em sua origem tivesse sentido ao tentar superar uma visão essencialmente metafísica do mundo, acabou por retirar a importância desta dimensão que é essencial à condição de ser humano. A pretensão de “entender perfeitamente” o que alguém está sentindo é falsa. O modo como alguém percebe e “sente” as diferentes situações da vida é único, pois está ligado inextricavelmente às experiências de vida, às vivências que cada pessoa experimentou individualmente. E estas experiências passam por “filtros” que foram construídos ao longo da vida, desde a fase intra-uterina, e mesmo antes, se considerarmos a herança, não só a genética, mas também a sócio-cultural. Este “filtrado” é único para cada pessoa, e não pode ser apreendido em toda a sua dimensão e complexidade. Cabe, antes de tudo, perceber que ele existe e respeitá-lo, para que, talvez, possa ser trabalhado pelo próprio sujeito.

O SC também valoriza outros aspectos, em diferentes momentos das entrevistas e que se cristalizam em várias Idéias Centrais. O papel atribuído à dimensão psicológica é central. São os fatores psíquicos que determinam, em última instância, para que lado penderá a balança: para a saúde ou para a doença. Se considerarmos as dimensões bio-psico-social, poderíamos definir a concepção de saúde doença do SC como bio-PSICO-social. Os problemas nos pólos biológico e social são submetidos ao crivo do centro psíquico, que é quem vai determinar se a pessoa mantém-se no estado de saúde, isto é, mantém o equilíbrio, ou desenvolve a doença, desequilibra-se. A noção de equilíbrio-desequilíbrio que aparece no DSC está relacionada sempre com o equilíbrio “entre o biológico e o psicológico”. O social contribui apenas na medida em que possa afetar o psicológico, que é o mediador. Esta noção é diferente daquela de Herzlich, citado por MENDES (1999), onde a relação equilíbrio-desequilíbrio refere-se ao homem com seu meio, incluindo fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais.

As condições de vida das pessoas, incluindo a situação econômica, as condições de moradia, de saneamento básico, de lazer, entre outras, também surgem como importantes para a manutenção da saúde. Em nenhum momento, entretanto, aparece o questionamento sobre a

importância de mudança da estrutura social para o seu enfrentamento. Embora o SC admita que estes são problemas “do sistema”, ele não é questionado. Não aparece, portanto, uma visão da saúde como determinação social.

A visão do coletivo de estudantes entrevistados, analisada através do Discurso do Sujeito Coletivo, evidencia, em seu conjunto, uma concepção multicausal do processo saúde-doença. Embora com um forte componente biologicista, principalmente quando considera a formação e o futuro profissional, onde a aproximação com o modelo flexneriano é muito forte, a percepção sobre o processo saúde-doença vai se ampliando quando o SC analisa outros aspectos relacionados com o adoecer, a cura e a manutenção da saúde. Fica clara também a grande legitimação social que o modelo flexneriano de formação médica adquiriu. Isto se manifesta nas análises que foram feitas sobre as expectativas em relação à formação e ao futuro profissional, principalmente quando confrontadas com a nova proposta curricular.

Os pressupostos que nortearam a pesquisa, portanto, foram confirmados em parte. A concepção biologicista, legitimada pelo modelo biomédico a partir do Relatório Flexner, impregna fortemente o coletivo de estudantes entrevistado. Entretanto esta visão está bastante ampliada, atingindo a concepção multicausal no processo de manter a saúde, adoecer e curar-se. Em alguns depoimentos surge uma concepção que contempla o modelo de promoção da saúde. Em nenhum momento, entretanto, surgiu a doença como determinada socialmente, mas existem reflexões por parte dos estudantes que prenunciam a possibilidade do desenvolvimento desta abordagem. Evidentemente o imbricamento destas diferentes concepções provoca, muitas vezes, contradições nos depoimentos. O Sujeito Coletivo é, portanto contraditório.

As vivências do novo currículo propiciaram aos estudantes entrevistados sensações diversas. A principal delas foi a surpresa, na maioria das vezes agradável. Uma constatação interessante é o fato de que, mesmo que considerassem importante o desenvolvimento de competências para os aspectos relacionais, psico-afetivos, não tinham a expectativa de que isso fosse trabalhado no curso. A visão era que o curso iria prepará-los tecnicamente para diagnosticar e tratar doenças. Na verdade ainda é.

GORSSSEMAN & PATRÍCIO (2004) mais uma vez vêm ajudar. Através dos depoimentos de médicos, de diferentes áreas e de ambos os sexos, formados há pelo menos

quinze anos, evidenciaram a percepção de que receberam uma boa capacitação técnica, na dimensão cognitiva. Os mesmos profissionais, entretanto, consideraram como a grande deficiência da sua formação a ausência de preparo para lidar com os aspectos psico-afetivos e relacionais que os qualificassem para um melhor relacionamento médico-paciente e para lidar com as situações de dor, sofrimento e morte. Estas habilidades eles tiveram que desenvolver de forma individual, na maioria das vezes, frequentemente através da convivência com outros profissionais que detinham esta formação e prática e que serviram de modelos.

Voltando a vivência do novo currículo, a integração anatomia relacionada com a clínica, a medicina baseada em narrativas e a interação comunitária exerceram grande impacto no SC. O “choque de realidade” provocado pela interação comunitária provocou movimentos particularmente interessantes. Deparar-se com situações até então distantes da realidade da imensa maioria dos sujeitos entrevistados, que eram percebidas somente à distância e sem envolvimento direto, modificou a sua percepção sobre muitos aspectos. Levou até, em alguns casos, à reconsideração das possibilidades do exercício da profissão em outras bases. Fez perceber que é possível o exercício profissional utilizando tecnologias que prescindem, em grande parte, do aparato técnico-científico tradicional, a tecnologia dura, no dizer de Emerson MEHRY (1997), valorizando a tecnologia leve, relacional.

Em que medida o novo desenho curricular irá solidificar estas percepções iniciais não é possível prever. O que se pode constatar é uma grande perturbação provocada pelas vivências nestes cenários de ensino-aprendizagem. Na minha experiência no curso de medicina da Uniplac, que tem um currículo mais avançado, que rompe com toda a estrutura tradicional, é que, passada esta fase de empolgação inicial, começam a surgir muitas angústias e questionamentos que só vão diminuir no final do segundo ano do curso. Claro, são observações empíricas de quem acompanha o cotidiano de um curso em implantação e que precisam ser melhor investigadas. No caso da Uniplac especificamente, por tratar-se de um curso novo, de menos 3 anos de existência, estas angústias tomam uma dimensão diferente, tanto para o estudante como para os professores. A UFSC tem uma longa tradição no ensino médico que, de certa forma, lhe dá mais legitimidade para mudar sem, talvez, provocar tantas incertezas. De qualquer forma, seria importante acompanhar estes estudantes para poder observar como esta construção vai se consolidar ao longo dos seis anos do curso.

## REFLEXÕES FINAIS

Há mais de 40 anos discutem-se os problemas da formação dos profissionais de saúde, com ênfase maior nos médicos, pela inegável importância que estes profissionais detêm na organização dos serviços e na definição das estratégias para o diagnóstico e o tratamento (ALMEIDA, 1999). O descompromisso com as necessidades de saúde da população do complexo formador de médicos já era apontado, e muitas propostas de modificação da formação foram construídas por instituições formadoras, governos, organizações públicas e privadas, nacionais e internacionais, e entidades representativas de classe em todo o mundo, inclusive no Brasil (FEUERWERKER, 2002). Poucas, entretanto lograram êxito naquilo que se propunham, isto é, formar um profissional comprometido com a sociedade e com suas necessidades e que, para além da sua qualificação técnica, pudesse contribuir, de forma crítica e reflexiva, para a melhoria das condições de saúde da população através de uma prática médica que não se reduzisse à prática clínica, mas incluísse a atenção integral da saúde de indivíduos e comunidades.

As razões para que as modificações não tenham avançado de forma significativa podem ser localizadas em diferentes pontos. Acredito, entretanto, como muitos outros autores (GARCIA, 1972; FEUERWERKER, 2002; ALMEIDA, 1999; DA ROS, 2000; CUTOLO, 2001), que os desenhos curriculares estão sempre amparados na concepção de saúde-doença hegemônica na sociedade no momento histórico em que são construídos e/ou dos interesses que transpassam os seus construtores. A estrutura social, a formação e a prática profissionais estão inextricavelmente interligadas.

As profundas modificações por que passou o sistema de saúde brasileiro a partir da Constituição da República de 1988, como resultado da ampla mobilização da sociedade entre as décadas de 1970 e 1990, representada pelo movimento da Reforma Sanitária, não haviam atingido a formação dos trabalhadores da saúde até recentemente, mesmo sendo esta uma prerrogativa constitucional do Sistema Único de Saúde.

Em 2001 surgem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde, entre elas as do Curso de Graduação em Medicina (ALMEIDA, 2005). Elas são fruto, como vimos, de amplas discussões entre diferentes atores sociais e que se intensificaram a partir da década de 1990. A partir daí as escolas médicas passam a desenvolver um movimento de transformação que atinge todo o país. O governo, através do MEC e do MS, tenta incentivar estas mudanças através de programas específicos, mas até o momento estes incentivos tem tido pouco alcance e os critérios de inclusão são confusos e duvidosos na sua operação.

Um complicador importante que surge a partir do início deste século, repetindo o que havia acontecido nas décadas de 1960-1970, mas de forma muito mais intensa, é a criação de novas escolas médicas. O problema maior, em meu ponto de vista, não se refere ao número de médicos formados, mas à qualidade dos profissionais disponibilizados para a sociedade. Criase, em função disso, uma necessidade urgente de organizar em bases racionais a regulação da formação e do exercício profissional. É importante que esta regulação leve em conta o SUS e as Diretrizes Curriculares e não se constitua em uma reserva de mercado, tanto para as instituições formadoras quanto para os profissionais e nem se torne refém do complexo médico-industrial.

É diante de todo este contexto que procuramos, na pesquisa, entender qual é a concepção que os estudantes de medicina trazem ao ingressar na universidade, especificamente na UFSC. Isto adquire maior importância em função da implantação de um novo currículo na UFSC que está acontecendo neste momento, na tentativa de cumprir as Diretrizes Curriculares e os preceitos do SUS.

O curso de medicina da UFSC vai completa, em 20 de Dezembro de 2006, 50 anos de fundação. Desde o início de suas atividades, em Fevereiro de 1960, efetuou várias reformas curriculares. DA ROS e CUTOLO (CUTOLO, 2001), entre outros autores, analisaram estas reformas em diferentes momentos. Chegaram a conclusões semelhantes: as reformas curriculares não conseguem ultrapassar o caráter biologicista, fragmentário, curativo-preventivista, ensinado e praticado no hospital, centrado na doença e no atendimento individual, desconhecendo o contexto histórico e a gênese social da doença, embora surjam algumas ilhas de exceção, como o internato em Saúde Coletiva instituído pela reforma 1998.



CUTOLO (2001) também analisa o novo currículo, que, à época, estava em construção e que está agora sendo implantado. Ele chama a atenção que, mesmo adotando uma estrutura modular, a lógica disciplinar não foi desmontada. Embora o novo currículo tente romper com a dissociação entre os ciclos básico e clínico, mantém-se a visão biologicista do processo saúde-doença. Tive exatamente a mesma sensação ao observar a organização curricular do primeiro semestre de 2006 (UFSC, 2006).

O que surge de novo e potencialmente inovador no novo currículo implantado está relacionado com os cenários que envolvem diretamente a prática profissional do médico. A Interação Comunitária e a Medicina Baseada em Narrativas, neste sentido, acrescentaram para os estudantes vivências inesperadas e surpreendentes. Além disso, as atividades que se propõem a abordar de forma integrada os conhecimentos básico-clínicos também foram muito valorizadas pelos estudantes nestas primeiras semanas de curso. Estas constatações assumem um caráter extremamente animador ao analisar alguns dos pressupostos que fundamentam as Diretrizes Curriculares como, por exemplo, a Aprendizagem Significativa, que só pode acontecer a partir de cenários da prática, de forma contextualizada, e a partir dos conhecimentos prévios de cada estudante.

Estas experiências propiciadas aos estudantes desde o início do curso certamente deixarão marcas indeléveis em sua formação subsequente. E esta fase de iniciação é determinante para a formação do futuro profissional, definindo como os conhecimentos serão construídos, os problemas serão escolhidos e as soluções implementadas (CUTOLO, 2001).

A forte concepção biologicista que aparece com muita clareza no discurso do sujeito coletivo retirado das entrevistas dos estudantes do primeiro semestre do curso de medicina da UFSC de 2006, foi contrabalançada, em grande parte, pelas experiências dos cenários de prática. A vivência de outras realidades sociais e a convivência com outras possibilidades de exercício da profissão além daquelas que traziam em seu imaginário, mas sem excluí-las, possibilitou aos estudantes uma outra visão, muito mais realista. A experiência impactou profundamente o coletivo de estudantes e esta perturbação é a essência de qualquer proposta pedagógica emancipadora. Considero que foram estas experiências iniciais, além das discussões sobre o novo currículo, que permitiram, já, uma ampliação da concepção de saúde-doença do sujeito coletivo, de uma visão unicamente biologicista para uma concepção multicausal. A inclusão dos fatores psíquicos como fundamentais no processo de adoecer

pareceu um primeiro grande esforço para superar a visão unicamente biológica, unicausal de saúde e doença. Até porque esta visão está mais próxima do universo dos estudantes, fazendo parte hoje do senso comum. Mas a valorização dos fatores sócio-ambientais como intervenientes importantes no processo saúde-doença provavelmente foi influenciada pelas vivências na comunidade. Isto abre a possibilidade para um aprofundamento gradativo do entendimento do processo de adoecer, recuperar e manter a saúde. A convivência nestes cenários de prática, nas unidades de saúde da família, nas comunidades, aprendendo com profissionais com uma visão generalista, abrem essa possibilidade de forma mais concreta.

Uma outra questão que deve aqui ser abordada é a necessidade do acompanhamento destes estudantes ao longo do curso. É somente através de uma visão longitudinal que estas primeiras constatações poderão ser confirmadas ou não. Preocupa-me sobremaneira a análise que fiz acima sobre a estrutura curricular proposta no curso de medicina da UFSC. É possível que estes movimentos iniciais favoráveis à ampliação da concepção do processo saúde-doença propiciada, em meu entendimento, pelas experiências dos cenários da prática extra-hospitalar, percam significado ao longo do curso. Existem dificuldades muito grandes de superar a lógica disciplinar, integrando realmente o currículo, promovendo a articulação básico-clínica, através da análise de situações da prática profissional, associando teoria e prática, propiciando a construção do conhecimento pelo próprio estudante, tendo o professor como facilitador. Isto pressupõe não só a atualização sobre os conhecimentos atuais da ciência sobre como se processa o conhecimento e as adequações necessárias no processo pedagógico, mas principalmente o enfrentamento de estruturas de poder constituídas há décadas, e que estão encasteladas na academia. Estes poderes, e os poderosos que os detêm, continuam em seus postos e/ou à espreita. Qualquer problema na manutenção e no avanço das novas propostas será explorado e utilizado para derrubá-las ou fragilizá-las.

É importante entender que não se trata de descartar pura e simplesmente tudo o que se construiu até hoje. A imensa maioria dos médicos foi formada no modelo tradicional que está sendo duramente criticado, inclusive os que o criticam, como eu. Da mesma forma, não é possível descartar os conhecimentos da estrutura e função do organismo humano, nem das doenças e seu tratamento na formação dos médicos. Nem o ambiente hospitalar pode ser menosprezado na formação dos profissionais médicos. Os especialistas, muito menos, podem ser descartados da medicina. O que se propõe é a adequação da formação dos profissionais médicos às necessidades de saúde da população em todos os seus níveis. E estas necessidades

estão muito longe de serem atendidas. E em grande parte isto acontece porque as escolas médicas formam profissionais com outra lógica. Se a maioria dos atendimentos em saúde é realizada fora dos hospitais e ali é resolvida, não é aceitável que os ensinamentos acadêmicos sejam construídos dentro dos hospitais e dos laboratórios. Se a maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida utilizando-se tecnologias e tratamentos de baixo custo, não é aceitável que a ênfase acadêmica esteja centrada nas tecnologias e terapêuticas de alta complexidade. Isto serve a outros interesses que não os da imensa maioria da população. Estas reflexões precisam ser feitas com os estudantes e suas práticas na formação precisam ser re-significadas.

A própria realidade do universo de trabalho dos médicos hoje já mudou, sabemos todos. E quando estes jovens estiverem chegando ao mercado de trabalho esta realidade estará ainda mais modificada. Acredito que o exercício da profissão para a maioria deles estará vinculado, na melhor das hipóteses, ao trabalho ambulatorial em unidades de saúde do SUS. Prepará-los para outra realidade, mesmo que seja o que eles desejam ao começar o curso, fruto da construção social do médico que têm, é no mínimo desonesto. E é desonesto e injusto com a imensa maioria da população do país que, em última análise, é quem propicia a sua formação.

O importante é que todos os implicados na formação de profissionais da área da saúde, e os médicos em particular, assumam integralmente esta responsabilidade e todas as suas conseqüências. Formar um profissional com as responsabilidades sociais necessárias ao enfrentamento das situações de saúde da população brasileira, críticos em sua atuação, preparados para aprender permanentemente e para trabalhar com multiprofissionais de forma interdisciplinar, capazes de mobilizar diferentes setores além da saúde e em interação permanente com a comunidade é um desafio muito complexo.

È importante compreender a necessidade da integração de todas as dimensões analisadas, incorporando os elementos das três concepções do processo saúde-doença analisadas e “que sobretudo entenda o ser humano sadio ou doente em sua dimensão histórica, social e psicológica, sujeito a condicionamentos multicausais que podem levá-lo a adoecer, apresentando alterações de sua estrutura biológica e psíquica, que ama, que sofre, que ri, que se frustra, que sonha” (CUTOLO, 2001).

Esta visão ampliada e ampliadora permite perceber a saúde e a doença como complementares e não excludentes, numa visão dialética, onde cada uma delas pode ser ao mesmo tempo falsa e verdadeira, e que só podem ser completamente compreendidas através de um entendimento capaz de sintetizá-las, que é o fenômeno da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica. **Projetos**. Brasília: ABEM, 2006. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/projetos\\_principal](http://www.abem-educmed.org.br/projetos_principal)

ALARCÃO, I. (Org.) **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

\_\_\_\_\_. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. São Paulo: MEDSI, 1999, p. 1-13.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs.) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidade de mudança**. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, M. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2005.

ALVES, P. C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AROUCA, A. S. S. El trabajo medico, la producción capitalista y la viabilidad del projeto de prevención. **Rev. Mex. Ciencias Políticas y Sociales**, v. 22, n. 84, p. 33-56, 1976.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**. Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 10520**. Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724**. Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de saúde da família: reflexões a partir da prática no polo Paraná. **Olho Mágico**. 8(2): 17-20, 2001.

BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de causa. *In: Textos de Apoio – Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 13-27, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

BAUER, M. W.; GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERBEL, N. A. N.. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Semina: Ci. Soc./Hum.**, v. 17, nov., p. 7-17, 1996.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com alterações adotadas pelas emendas constitucionais n. 1/1992 a 30/2000. Brasília: Senado Federal, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Informação: Avaliação Institucional e das condições de ensino nas carreiras da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BREIHL, J.; GRANDA, E. **Saúde na sociedade**. São Paulo: Instituto de Saúde/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Saúde da Família**, Brasília; ano II, n. 6, p. 51-63, dez. 2002.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. [Tese]. Florianópolis, UFSC, 2001.

DA ROS, M. A. **Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão em um município de SC**. [Dissertação ] Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1991.

\_\_\_\_\_. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. [Tese ] Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. **Educar pela pesquisa**. 6. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 12.ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FALCÃO, E. B. M. Uma experiência de ensino centrada na formação do pensamento científico do estudante. **Rev Bras Educ Méd.**, 9(3), p. 147-153, 1995.

FEUERWERKER, L. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: processos e resultados**. São Paulo: HUCITEC/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: ABEM. 2002.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de um hecho científico**. Madrid: Alianza, 1986.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada (Bulletin N° 4)**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

GARCÍA, J. C. **La educación médica en la américa latina**. Publicación científica n. 255. Organización Panamericana de La Salud, 1972.

\_\_\_\_\_. La categoría trabajo en la medicina. **Cuadernos Medicos Sociales**, n. 23, 1983

\_\_\_\_\_. Pensamento Social em Saúde na América Latina. *In*: NUÑES, E. D. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

\_\_\_\_\_. Historia de las instituciones de investigación em salud em America Latina. *In*: OPAS/OMS. **Educacion Medica y Salud**, n. 15, v. I, p. 71-78, 1981.

GONÇALVES, M. B.; MORAES, A. M. S. M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. **Rev Bras Educ Méd.**, 27(2): 84-90, 2003.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2004.

HIATT, M. D. Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. **Pharos**, v. 62, n. 1, p. 20-24, 1999.

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinaes**. Brasília: Ministério da Educação, 2006. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/sinaes>

KOMATSU, R. S.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B. Aprendizagem baseada em problemas. *In*: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. I. (ed.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier: p.223-237, 1998.

KOMATSU, R.; CAMPOS, J. J. B. Novos currículos de medicina na Famema e na Uel: uma construção permanente rumo à realidade presente e futura. **Olho Mágico**, 8(2): 8-10, 2001.

KOMATSU, R. S. **Aprendizagem Baseada em Problemas: sensibilizando o olhar para o idoso**. Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: ABEM/São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo. 2003.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 3. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *In*: NUNES, E. D. (org.). **Medicina Social: aspectos históricos e tóricos**. São Paulo: Global Editora, 1983.

LEAVEL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003

LIMA, A. M. C. **Estilo de pensar no ensino de medicina homeopática** [Tese] Florianópolis, UFSC, 2003.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982

\_\_\_\_\_. **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas**. Série Estudos em Saúde Coletiva, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ, 1993.

\_\_\_\_\_. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARINS, J. J. N.; PINTO, L. F.; PONTES, A. L. M.; GONÇALVES, R. A.; SORANZ, D. R.; MALAFAIA, M. F. **Formação de Médicos no Brasil: Estudo dos Egressos no Período de 1982 a 2003**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, 2005.

MARSIGLIA, R. G.; BARATA, R. C. B.; SPINELLI, S. P. Determinação social do processo epidêmico. *In*: **Texto de apoio – Epidemiologia**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1985.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MEHRY, E. E. & ONOCKO, ROSANA (organizadores). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São



Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.

\_\_\_\_\_. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis:Vozes, 1994.

NUNES, E. D. (org.) **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global Editora, 1983.

PAIM, J. S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. *In: Estudos de Saúde Coletiva*, 4. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 9-25, 1986.

\_\_\_\_\_. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USO, 1994.

\_\_\_\_\_. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde.* 5. ed. São Paulo: MEDSI, p. 473-87, 1999.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PICCINI, R. X. et al. Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório da primeira fase, estudo epidemiológico de desenho ecológico. **Rev Bras Educ Méd.**, 16 (1/3): 37-42, 1992.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 91 – 101, 2006.

PROJETO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA da Universidade do Planalto Catarinense. Lages. 2003.

RAUEN, Fábio José. **Roteiros de investigação científica.** Tubarão: UNISUL, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 5. ed. São Paulo: MEDSI, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e prevenção de doenças. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde.* 5. ed. São Paulo: MEDSI, p. 15-30, 1999.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, B. S. **A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade.** São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências.** São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, J. O. Filosofia da Educação Médica: Interpretação da *Práxis*. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 10, n. 2, p 82-86, 1986.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública.** São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. G.; PIRES, A. C.; MARINS, J. J. N.; TOMASSINI, H. C. B. As experiências de articulação Universidade x Serviço x Sociedade em Niterói, RJ. **Divulg. saúde debate**, p.12-19, 1996.

SOUZA, M. F. M.; KALICHMAN, A. O. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. *In: Cadernos CEFOR, Série textos, 2.* São Paulo: CEFOR, 1992.

THOMAS, P. Homeopathy in the USA. **British Homeopathic Journal**, v. 90, n. 2, p. 99-103, 2001.

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Medicina. Currículo Integrado: Caderno do Acadêmico, v.4, n.1, p. 47-55, 1º sem. 2006.

ULLMANN, D. **Discovering Homeopathy: Medicine for the 21<sup>st</sup> Century.** North Atlantic Books, 1991.

VERDI, M. **Da Hausmannização às cidades saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e final do século XX.** [Tese]. Florianópolis, UFSC, 2002.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Editora Gente, 2004.

## PARTE II – ARTIGO

### O RELATÓRIO FLEXNER: PARA O BEM E PARA O MAL

#### The Flexner Report: for the good and for the bad

Fernando Luiz Pagliosa

Marco Aurélio Da Ros

#### RESUMO

Às vésperas de completar 100 anos de sua publicação, o Relatório Flexner e a figura de seu autor são, até hoje, foco de debates e de polêmica. Discute-se, neste artigo, os aportes de Abraham Flexner para a educação médica a partir da publicação de seu Relatório, em 1910. Apresenta-se uma breve biografia de Abraham Flexner. Os autores analisam a importância e as principais críticas e limitações do modelo flexneriano de educação médica. Partem de uma contextualização do estado da arte da educação médica à época da publicação do Relatório, chegando até os tempos atuais. Discutem a construção de um modelo contemporâneo de educação médica, considerando as críticas históricas ao modelo de formação de médicos, as atuais necessidades sociais de saúde, os novos conhecimentos sobre como aprendemos e suas repercussões para o processo de ensino-aprendizagem e as diretrizes nacionais para a graduação em medicina.

**Palavras-Chave:** Educação Médica; Currículo; Educação de Graduação em Medicina

#### ABSTRACT

The Flexner Report, which is very close to its 100 anniversary, and its author have been the center of debate and controversy until nowadays. The present article poses a brief biography of Abraham Flexner and discusses the importance of his Report for the medical education. The authors analyze the relevance, the main criticisms and the limitations of his model for the medical education. They start the analysis contextualizing the state of the art of the medical education at the time when the Report was published and finish it, examining this kind of education in the present days. The authors also discuss the construction of a contemporaneous model taking into consideration the historical criticism of the model in which the physicians have been formed, the present social needs of health, the new knowledge about the way we learn and its repercussion for the teaching-learning process as well as, the national policy for the medicine undergraduation.

**Key-words:** Education, Medical; Curriculum; Education, Medical, Undergraduate.

## INTRODUÇÃO

Em 1910 foi publicado o estudo *“Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*<sup>1</sup>, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*‘Flexner Report’*) e é considerado como o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e para a medicina mundial.

Às vésperas de completar 100 anos, o Relatório continua a gerar debates e polêmicas. Indubitavelmente, a figura e os aportes de Abraham Flexner são, até hoje, foco de debates apaixonados entre os defensores e os detratores de suas propostas, entre os que aclamam o seu criador como o grande reformista e grande transformador da educação médica em todos os tempos e os que o consideram como o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado, isto é, em praticamente todo o mundo<sup>2-5</sup>. O adjetivo “flexneriano” é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos nos quais existe uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Esta foi a sua proposta que se tornou mais conhecida, embora não a única. De fato, o seu modelo de educação médica resistiu quase 100 anos e ainda se encontra em vigência na maior parte das escolas médicas do mundo e seu informe constitui seguramente a publicação sobre educação médica mais citada na literatura especializada.<sup>2,3</sup>

A verdade é que, para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu Relatório. Isto se deve, em grande parte, à grande capacidade de Flexner como administrador e sua habilidade em manipular as estruturas de poder, além de saber utilizar a auto-promoção de forma muito eficaz. Na verdade, Flexner não teve idéias originais sobre o ensino médico. Quando fez sua investigação e elaborou seu relatório, as modificações na educação médica nos EUA já estavam em curso. Ele a fez avançar, por certo. O mesmo acontecia em outras partes do mundo, inclusive no Brasil. As forças e idéias sobre a educação médica existentes naquele momento histórico nos EUA e na Alemanha foram habilmente utilizadas por Flexner, levando-o a tornar-se “o líder auto-proclamado de um movimento de reforma do ensino médico que mais tarde o tornaria publicamente reconhecido”<sup>6</sup>. A força de seu Relatório deve-se à natureza abrangente, em termos numéricos, da sua avaliação, à ênfase sobre as bases científicas e, em grande parte, ao fato de ter sido dirigido primariamente ao grande público<sup>7</sup>.

Entender um pouco como foi construída a trajetória de vida deste personagem talvez possa ajudar a entender melhor o desenvolvimento e os desdobramentos das suas contribuições, para o bem e para o mal, à educação médica.

## **BREVE BIOGRAFIA DE FLEXNER**

Os dados biográficos a seguir foram tomados principalmente de Patiño<sup>2</sup> e Tomey<sup>3</sup>.

Abraham Flexner nasceu em Louisville, Kentucky, em 13 de novembro de 1866. Era o sexto de nove filhos de Moritz Flexner e de Esther Abraham. Seus pais, judeus alemães, imigraram para os EUA em 1853.

O irmão mais velho de Abraham, Simon Flexner, foi um eminente patologista da Universidade Johns Hopkins e da Universidade da Pensilvânia. Foi um dos fundadores da Fundação Rockefeller e diretor do Rockefeller Institute for Medical Research. Descobriu o bacilo de Flexner, causador da disenteria e desenvolveu um soro para o tratamento da meningite.

Em 1884, aos 17 anos, Abraham ingressou na Universidade Johns Hopkins, onde, em Junho de 1886, obteve o seu grau em Artes e Humanidades. Após sua graduação Flexner iniciou a carreira de educador como professor da Louisville Boy's High School. Em 1890 fundou seu próprio colégio, "Mr. Flexner's School".

Em 1898 Flexner casou-se com Anne Crowford, uma ex-aluna, de abastada família da Geórgia, e que havia sido atriz na Broadway. Teve duas filhas, sendo que uma delas, Eleanor, foi ativista social e ingressou no Partido Comunista em 1936. O casamento abriu horizontes mais amplos para Flexner, e, em 1905, fecha as portas de seu colégio com o objetivo de mudar-se para a Europa. Antes, matriculou-se na Escola de Graduados de Harvard, concluindo seus estudos de pós-graduação em 1906. Neste mesmo ano transferiu-se com sua família para a Europa, estabelecendo-se em Berlim.

Em Heidelberg, no verão de 1907, escreveu seu primeiro livro: *The American College: A Criticism*, onde critica o sistema educativo norteamericano. O livro foi publicado em 1908, quando de sua volta aos EUA e significou um convite por parte do presidente da Carnegie Foundation, Henry S. Pritchett, para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Visitou as 155 escolas de medicina dos EUA e Canadá durante seis meses. Das avaliações que fez, publicou o seu famoso relatório.

Em 1910, após a publicação de seu "Relatório", Flexner volta à Europa, agora com a finalidade específica de estudar a educação médica. Estudou, particularmente, a educação médica da Inglaterra, da França e da Alemanha. Periodicamente publicava boletins da Fundação Carnegie com a análise de suas observações. Em 1912 produziu um estudo sobre a educação médica na Europa: *Medical Education in Europe. A report to the*

*Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Em 1925 elaborou um comparativo entre a educação médica norteamericana e a de certos países europeus: *Medical Education. A Comparative study*.

A Europa, e especialmente a Alemanha, exerceram profunda influência sobre a obra de Flexner. Foi ele quem estimulou, com o patrocínio do General Education Board, a tradução para o inglês e a publicação nos EUA, em 1925, da obra de Theodor Billroth sobre a educação médica na Alemanha e Áustria, um tratado de 508 páginas, publicado originalmente em 1876. Muitos afirmam que a medicina e a educação médica norteamericanas nasceram na Johns Hopkins, mas tiveram sua origem na Alemanha e em Theodor Billroth.

Em 1912, Flexner passou a fazer parte do pessoal do General Education Board, fundado em 1902 por John D. Rockefeller, e a primeira fundação de caráter estritamente educacional dos EUA. Tinha como função examinar o estado das universidades da América do Norte, e a educação médica em particular. Permaneceu até 1927.

Em 1929 escreveu outro livro: *Universities: American, English, German*, publicado em 1930.

Abraham Flexner foi o organizador e primeiro diretor do Instituto de Estudos Avançados de Princeton, com suas três escolas: matemáticas, economia e política e humanidades, onde ficou até encerrar suas atividades acadêmicas. Contribuíram com o Instituto luminares da ciência e da intelectualidade de então, como Albert Einstein, John Von Neumann, entre outros.

No final de sua vida, vivia em um hotel em Nova York, até que, em 1957, suas filhas decidiram transferi-lo para Falls Church, uma pequena cidade da Virginia, onde morreu em 21 de Setembro de 1959, aos 92 anos. Antes, escreveu sua Autobiografia, publicada em 1960.

## O “MÉTODO” DE AVALIAÇÃO DE FLEXNER

Abraham Flexner, após seu comissionamento na Carnegie Foundation, em Dezembro de 1908, vistoriou pessoalmente todas as 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá em um período de 180 dias. Se considerarmos os finais de semanas, deslocamentos, viagens, etc. podemos facilmente perceber que não teve muito tempo para avaliar cada instituição. Whorthen *et alii*<sup>8</sup> afirmam que

“Embora baseado apenas em visitas de um dia, feitas por ele e um colega, Flexner afirmou que o treinamento de qualidade inferior era óbvio de imediato: ‘Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada’ [...]

Formulou as conclusões de suas avaliações em termos contundentes (definindo, por exemplo, as quinze escolas de Medicina de Chicago como 'a mancha do país em relação à formação médica') e logo 'as escolas entraram em colapso a torto e a direito, em geral sem um único murmúrio' (n.). As palavras citadas pelos autores são de Flexner em sua autobiografia, publicada em 1960.

Flexner desprezava qualquer esforço para validar os critérios ou o processo que empregava, insistindo que os indicadores "óbvios" que utilizava eram suficientes para formular um juízo de valor. Seu trabalho foi executado sem a utilização de um instrumento de avaliação padronizado. Na sua autobiografia, agora analisada por Hiatt<sup>9</sup>, ele deixa clara a maneira com que realizou a pesquisa: "Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei" (destaque de Hiatt).

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, através de "uma volta pelos laboratórios" "em umas poucas horas" e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero "passeio de mãos nos bolsos" pelo local avaliado<sup>9</sup>. Pois foi esta avaliação que se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental, durante a primeira metade do século XX.

## **O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO INÍCIO DO SÉC. XX**

É importante que entendamos o contexto em que o estudo de Flexner foi produzido. À época, a situação das escolas médicas nos EUA era caótica. Como não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, abolida em meados do século XIX, havia uma grande proliferação de escolas de medicina, com abordagens terapêuticas as mais diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados, e independentemente de fundamentação teórico-científica<sup>10</sup>.

Além da medicina ortodoxa, as terapêuticas não convencionais, como o fisiomedicalismo ou botanomedicalismo, precursoras da fitoterapia, e a homeopatia, tinham escolas de graduação bem estruturadas, muitos médicos praticantes e grande aceitação social<sup>11,12</sup>.

Um fato determinante é que, a partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American

Medical Association, fundada em 1847, e outras publicações ortodoxas<sup>11</sup>. A associação entre a corporação médica e o grande capital, passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”. “Pode-se concluir pois que a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades”<sup>10</sup>.

É nesse contexto, e em meio a estes interesses que Flexner se insere, produz seus trabalhos e ganha notoriedade.

Flexner considerava a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá desnecessárias e/ou inadequadas. Fez planos e mapas pormenorizados, onde estabelecia o número, a alocação e a distribuição das escolas de medicina no Canadá e nos EUA<sup>6</sup>. Em sua opinião, das 155 escolas existentes apenas 31 tinham condições de continuar funcionando<sup>13</sup>. Nos EUA, o número de escolas de medicina caiu de 131 para 81 nos 12 anos posteriores ao informe<sup>3</sup>. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de vinte para quatro entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico. A última escola de fisiomedicalismo foi fechada em 1911. Cinco das sete escolas para negros foram fechadas. A escola médica se elitizou e passou a ser freqüentada pela classe média alta<sup>10, 14</sup>.

Se, por um lado - para o bem - o trabalho de Flexner permite a reorganização e a regulamentação do funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal – desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem - da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar, para o contexto da época, racionalidade científica. Mas ao focar toda sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal - outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. As necessidades de saúde são tomadas como o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica<sup>13</sup>.

Mais além da situação específica dos EUA, o estado da arte em educação médica vinha sofrendo transformações importantes a partir da segunda metade do século XIX em todo o mundo. O modelo francês, que se irradiou com grande força de Paris para o mundo a partir de 1830, vinha sofrendo a influência do modelo de medicina e educação alemão. No modelo anatomoclínico francês os estudantes aprendiam ao lado do leito do paciente e nos anfiteatros anatômicos no hospital e nas treinavam as técnicas diagnósticas e terapêuticas e faziam pesquisas clínicas na faculdade de medicina. Já o modelo de pesquisa médica alemã



estava centrado no laboratório, na hierarquia, na especialização e nas pesquisas experimentais. No caso americano, o modelo francês de educação médica foi implementado de forma apenas parcial, fazendo com que as reformas encontrassem menor resistência. De qualquer forma, as exigências da nova orientação, especialmente a união da prática médica com a pesquisa experimental, necessitavam de uma nova orientação da educação médica<sup>6</sup>.

Quando Flexner assume um cargo permanente no General Education Board, em 1912, subvencionado por Rockefeller, amplia significativamente sua influência e controle sobre as instituições de ensino norteamericanas. Apoiado nos fundos da Rockefeller Foundation, e mantendo a filantropia como instrumento para o desenvolvimento e apoio a instituições, sem necessitar de aprovação societária ou governamental mais ampla, Flexner consegue propagar suas idéias. Com este fim, foram investidos pela fundação Carnegie US\$ 300 milhões entre 1910 e 1930. Para a época, muito mais do que hoje, isto representava uma quantia extraordinária. Isto tudo tornou a tarefa de Flexner muito menos problemática do que em outros países, como o Brasil, por exemplo. A suposta auto-propagação e a originalidade das idéias de Flexner podem ter, portanto, diferentes interpretações<sup>6</sup>.

O que estava em jogo nesse embates, e o que Flexner propunha, era, na verdade, a reforma do sistema escolar como um todo, reforma essa que recebia o título mágico de *universidade*. É com este intuito e com esta visão que Flexner propõe o modelo alemão de educação médica e pesquisa. Flexner e outros reformadores - como Silva Mello no Brasil - em seus estudos na Alemanha, "...perceberam que o mundo estava mudando e sentiram que podiam prover a visão que tornaria suas respectivas nações alinhadas com as novas tendências"<sup>6</sup>.

## **O MODELO "FLEXNERIANO"**

O que Flexner propõe é a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico<sup>5</sup>. Os sólidos princípios sobre os quais o seu Relatório estava embasado parecem triviais hoje: as escolas médicas devem estar baseadas em universidade e os programas educacionais devem ter uma base científica<sup>13</sup>.

Das suas recomendações, algumas foram acatadas com relativa facilidade: um rigoroso controle de admissão; o currículo de 4 anos; divisão do currículo em um ciclo básico de 2 anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais 2 anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas<sup>3,13</sup>.

O ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. Nas palavras do próprio Flexner: "O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta"<sup>1</sup>. A doença é

considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados como implicados no processo de saúde-doença<sup>16</sup>. Os hospitais, transformam-se na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades<sup>15</sup>.

As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, através da observação e da experimentação. A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo<sup>15</sup>.

As repercussões e a amplitude dos efeitos provocados sobre a educação médica após a divulgação do relatório de Flexner fez com que muitos denominassem a nova ordem de formação médica como “modelo flexneriano”, que se consolidou. Acreditamos, como outros autores, que há um exagero nisso, e mesmo uma injustiça, já que Flexner nada mais fez do que legitimar, com suas pobres avaliações, um processo que já estava em andamento de forma irreversível, isto é, a consolidação do modelo científico na medicina<sup>4,5,6</sup>.

É verdade que Flexner critica as escolas médicas “comerciais”, que tem objetivo de lucro, defendendo que as instituições de ensino são “serviços públicos”. Apela mesmo para o “patriotismo educacional” e, no caso da medicina, ao “patriotismo médico” para representar a obrigação moral das escolas médicas em servir ao interesse público. Também faz alusão a alguns fatores importantes que influenciam o contexto ampliado da saúde, indicando que ele tinha consciência dos seus efeitos sobre as reformas educacionais que propõe. Defende, por exemplo, a necessidade de uma distribuição geográfica adequada da mão-de-obra médica e a responsabilidade dos profissionais com a sociedade. Mas discorre brevemente sobre estes temas, e apenas sob a perspectiva da educação médica. Obviamente desconsidera, em sua proposta de reforma, a organização dos sistemas de saúde. A base científica do currículo médico foi visto como um ponto de chegada suficientemente impactante<sup>13</sup>.

Flexner via a educação médica como destinada a pessoas da elite, com o aproveitamento dos mais capazes, inteligentes, aplicados e dignos (KEMP, +). Daí, talvez, a acusações que a ele são feitas em relação a preconceitos com relação aos pobres, negros e mulheres (TOMEY, 2002). Ilustra a sua visão discriminadora a sua opinião sobre o acesso de cidadãos negros à educação médica por considerar que eles seriam as pessoas mais adequadas para servir às suas próprias e carentes comunidades<sup>3,6,13</sup>.

Flexner defendia como mais importante para o aprendizado da medicina, sob o ponto de vista pedagógico, as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, combatendo desde seus primeiros trabalhos o ensino através de conferências e

aprendizado através da simples memorização<sup>3</sup>. Isso fez com alguns de seus mais ardentes defensores o colocassem como o precursor das metodologias ativas de ensino aprendizagem, tão em voga hoje<sup>2</sup>. Menos!, diríamos. Uma pessoa empreendedora, inteligente, sintonizada com o seu tempo, Flexner soube aproveitar, com raro senso de oportunismo, todas as possibilidades que surgiram em sua trajetória. Se isto não é pouco - e de fato não é - não é suficiente, em nosso entendimento, para alçá-lo à condição de gênio da raça.

Mesmo que consideremos como muito importantes as suas contribuições para a educação médica, a ênfase colocada no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, acabou conduzindo os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner acaba reservando pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde que vai muito além da medicina e seus médicos. Mesmo que, na retórica e tangencialmente, ele aborde questões mais amplas em alguns momentos de sua vida e obra, elas jamais constituíram parte importante de suas propostas.

## **O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE EDUCAÇÃO MÉDICA**

As críticas recorrentes ao setor da saúde, que aconteceram com maior intensidade e frequência a partir da década de 1960 em todo o mundo pelo que se denominou a “crise da medicina”, evidenciaram o seu descompromisso com a realidade e com as necessidades da população<sup>17</sup>. Estas constatações provocaram intensa movimentação nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde e outras), governos, fundações internacionais (Rockfeller, Kellogs e outras), instituições representativas de classe e na sociedade em geral<sup>18,19</sup>.

De forma heterogênea, conforme as diferentes conjunturas sócio-econômicas e políticas de cada país, a partir dos anos 1980 iniciam-se processos de reforma do setor da saúde em vários países. As reformas desenvolvem-se através de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As reformas mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, através de debates e iniciativas da sociedade civil organizada<sup>4,19</sup>.

Embora uma necessidade declaradamente prioritária, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde sempre foi relegado ao segundo plano nos processos de reforma. O setor educacional continuou desvinculado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma<sup>19</sup>. No Brasil, até o final da

década de 1990 praticamente não se avançou nas discussões sobre a necessidade do desenvolvimento do trabalho em saúde.

Isto não impediu, entretanto, que há mais de 40 anos venha se discutindo, em foros diversos, a necessidade de mudar a educação médica<sup>18,19</sup>. A ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica, fundada em 1962, desde seu início questiona e propõe modificações no complexo formador de médicos. Mais recentemente o CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, avaliou as escolas médicas, formulando diagnósticos sombrios e extremamente preocupantes<sup>20</sup>. O Ministério da Educação e Cultura (MEC), através da Exame Nacional de Cursos, conhecido como “Provão”, que foi aplicado aos formandos de 1996 a 2003<sup>21</sup>, e da Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação, independentemente das críticas que se possa levantar sobre este tipo de avaliação, desnudou questões semelhantes, preocupando ainda mais a sociedade ao explicitar alguns dos problemas dos cursos superiores no país, entre eles as escolas médicas. A baixa qualidade e qualificação dos professores, a baixa produção de conhecimento, a dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, a desumanização e descontextualização da prática, a incorporação indiscriminada de tecnologias, os currículos arcaicos são algumas das conclusões<sup>18</sup>.

As tentativas de mudança, que não foram poucas, lograram poucos resultados efetivos. As razões destes sucessivos fracassos são múltiplas e complexas<sup>18,19</sup>. Envolve desde a mobilização de professores que pouco se interessam pelo processo de formação, mais preocupados que estão com a pesquisa, quando não com a sua prática profissional privada, até os interesses do capitalismo internacional, representado pelo Complexo Médico-Industrial<sup>4</sup>.

Um outro movimento importante no Brasil, que se acentua a partir das décadas de 1960-70 refere-se ao grande aumento do número de universidades e de vagas na educação superior, principalmente na área privada, e mantendo-se a concentração da formação e fixação dos médicos nos grandes centros urbanos<sup>24</sup>, obedecendo claramente a uma lógica de mercado. A capacidade regulatória do Estado nesse processo tem sido amplamente questionada<sup>20,22,23</sup>.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina “...definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos...” e o perfil do médico egresso como um profissional:

“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 assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Pelas DCN, o eixo do

desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS. Também propõem novas estratégias de ensino-aprendizagem e de avaliação do aprendizado<sup>25</sup>.

Em 2004 o Ministério da Educação instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES que pretende avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes<sup>21</sup>.

Este conjunto de iniciativas parece sinalizar para a possibilidade de mudanças no perfil dos profissionais egressos dos cursos da área da saúde. Surge, agora, a oportunidade de modificar a estrutura dos atuais currículos das escolas médicas que já tem quase um século, copiado do modelo norteamericano, instituído naquele país com base nas recomendações contidas no Relatório Flexner.

Todos estes movimentos provocaram um profundo impacto em todo o complexo formador de médicos do país. Em todos os cursos de medicina ocorrem atualmente debates intensos sobre as necessidades de modificação curricular, visando o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais e a transformação do processo formador dos profissionais de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As profundas modificações que aconteceram em diferentes áreas do conhecimento nas últimas décadas provocaram grande impacto sobre as estratégias de ensino-aprendizagem e os processos de produção, desenvolvimento e distribuição do conhecimento.

As neurociências e a psicologia cognitiva desvendaram grande parte dos processos através dos quais aprendemos. Demonstraram, por exemplo, que fatos e conceitos são mais facilmente recordados e mobilizados quando ensinados, praticados e avaliados no contexto em que são usados. Isto exige a reconfiguração das situações e ambientes de ensino aprendizagem disponibilizadas para os estudantes em sua formação<sup>7</sup>.

O aumento incontrolável e incontornável do volume e a grande transitoriedade da base de conhecimentos necessários para a prática de uma profissão, a médica em particular, exigem que o desenvolvimento da capacidade para aprender durante toda a vida – aprender a aprender – seja desenvolvida desde o processo de graduação<sup>7</sup>.

A distribuição do cuidado da saúde também sofreu modificações importantes. O acesso à saúde das pessoas e comunidades é considerado hoje como um direito social. Isto, juntamente com um maior acesso às informações em saúde e a maior conscientização das pessoas, modificou as expectativas e exigências da população quanto às condições de

oferta dos serviços e modificações importantes nas relações entre o médico e seu(s) paciente(s).

A mudança do perfil epidemiológico da população, com o grande predomínio das doenças crônico-degenerativas, também exigiu um reordenamento das ações e estratégias na saúde, com sérias implicações na formação dos profissionais.

Cada vez mais o trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares fazem-se necessárias para o enfrentamento das complexas necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Os conhecimentos e práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornam-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde.

Nesses novos contextos, aumentam muito as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação, com o intuito de desenvolver a competência necessária para dar conta das demandas da saúde em nossos dias.

Os desenhos curriculares tradicionais, nesses novos contextos, precisam ser completamente redesenhados. Os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem necessitam ser repensados e reestruturados e o processo de avaliação da aprendizagem deve sofrer uma total re-significação. A certificação e a acreditação das escolas médicas também estão sofrendo grandes modificações.

As críticas ao modelo ainda hegemônico da educação médica, o modelo proposto por Flexner há quase 100 anos, estão finalmente sendo seriamente consideradas. Independentemente dos interesses e motivações envolvidos, abre-se a oportunidade de considerar novas e antigas questões relacionadas à educação médica, mas que envolvem fundamentalmente questões muito mais amplas, como as concepções de saúde-doença, os modelos de atenção em saúde, as políticas públicas para o setor, entre outras. A participação de amplos setores neste processo, envolvendo profissionais, estudantes, instituições representativas da categoria, instâncias reguladoras e o controle social pode garantir que as transformações possam, de fato, contribuir para a formação de médicos que desempenhem as suas atividades profissionais considerando as multidimensões das pessoas que necessitam de cuidados de saúde e desenvolvam suas ações abordando toda a amplitude do processo da saúde e da doença e seus determinantes.

## REFERÊNCIAS

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada (Bulletin N° 4). New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

2. Patiño JF. Abraham Flexner y el flexnerismo. Fundamento imperecedero de la educación médica moderna. Medicina. 1998; 20(2). Disponível em: <http://anm.encolombia.com/flexner.htm> Acessado em: 06/02/2007.
3. Tomey AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002; 16(2): 156-63.
4. Da Ros MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Florianópolis; 2000. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
5. Cutolo LR. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis; 2001. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Santa Catarina.
6. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2004; 11(3): 569-85.
7. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner Report. N Engl J Med. 2006; 355(13): 1339-44.
8. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e prática. São Paulo: Editora Gente; 2004.
9. Hiatt MD. Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. Pharos. 1999; 62910: 20-4.
10. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.
11. Thomas P. Homeopathy in the USA. The British Homeopathic Journal. 2001; 90(2): 99-103.
12. Lima AMC. Estilo de pensar no ensino homeopático. Florianópolis; 2003. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
13. Boelen CA. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. Bull World Health Organ. 2002; 80(7): 592-3.
14. Ullmann D. Discovering Homeopathy: medicine for the 21<sup>st</sup> century. New York: North Atlantic Books; 1991.
15. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Série Estudos em Saúde Coletiva, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ; 1993.
16. Santos JO. Filosofia da Educação Médica: interpretação da *práxis*. Rev. bras. educ. med. 1986; 10(2): 82-6.
17. Nunes ED (org.). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora; 1983.

18. Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec/Londrina: Rede Unida?Rio de Janeiro: ABEM; 2002.
19. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidade de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM; 1999.
20. ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica. Projetos. Brasília: ABEM; 2006. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/projetos\\_principal](http://www.abem-educmed.org.br/projetos_principal).
21. INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinaes. Brasília: Ministério da Educação; 2006. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/sinaes>
22. Pierantoni CR, Varella TC, França T. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. Cadernos RH Saúde. 2006; 3(1): 91-101.
23. Marins JJN, Pinto LF, Pontes ALM, Gonçalves RA, Soranz DR, Malafaia MF. Formação de médicos no Brasil: estudo dos egressos no período de 1982 a 2003. Rio de Janeiro: ABEM; 2005.
24. Machado MA. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
25. 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.



## ANEXO 1



## Artigo e Submissão

### **0033/2007 - O Relatório Flexner: para o bem e para o mal** ***The Flexner Report: for the good and for the bad***

Fernando Luiz Pagliosa - Pagliosa FL  
 Uniplac - Universidade do Planalto Catarinense  
 Marco Aurélio Da Ros  
 Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.  
 Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz  
 Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
 Professor da Pós-Graduação do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

#### Resumo

Às vésperas de completar 100 anos de sua publicação, o Relatório Flexner e a figura de seu autor são, até hoje, foco de debates e de polêmica. Discute-se, neste artigo, os aportes de Abraham Flexner para a educação médica a partir da publicação de seu Relatório, em 1910. Apresenta-se uma breve biografia de Abraham Flexner. Os autores analisam a importância e as principais críticas e limitações do modelo flexneriano de educação médica. Partem de uma contextualização do estado da arte da educação médica à época da publicação do Relatório, chegando até os tempos atuais. Discutem a construção de um modelo contemporâneo de educação médica, considerando as críticas históricas ao modelo de formação de médicos, as atuais necessidades sociais de saúde, os novos conhecimentos sobre como aprendemos e suas repercussões para o processo de ensino-aprendizagem e as diretrizes nacionais para a graduação em medicina.

#### Abstract

*The Flexner Report, which is very close to its 100 anniversary, and its author have been the center of debate and controversy until nowadays. The present article poses a brief biography of Abraham Flexner and discusses the importance of his Report for the medical education. The authors analyze the relevance, the main criticisms and the limitations of his model for the medical education. They start the analysis contextualizing the state of the art of the medical education at the time when the Report was published and finish it, examining this kind of education in the present days. The authors also discuss the construction of a contemporaneous model taking into consideration the historical criticism of the model in which the physicians have been formed, the present social needs of health, the new knowledge about the way we learn and its repercussion for the teaching-learning process as well as, the national policy for the medicine undergraduation.*

#### Palavras-Chave

Educação Médica; Currículo; Educação de Graduação em Medicina.  
 Education, Medical; Curriculum; Education, Medical, Undergraduate.

## ANEXO 2

### QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS

#### Questões do Bloco I

*Você está iniciando o seu curso de medicina.*

- *Como você achava que seria o seu curso ao iniciá-lo?*
- *Quais deverão ser, para você, as principais áreas de conhecimento (disciplinas, matérias, conteúdos, etc.) que devem fazer parte do curso?*
- *O que você acha que é mais importante aprender durante o curso para que você possa ser um bom médico?*

Objetivos: Compreender o que os estudantes de medicina do primeiro ano percebem como mais importante para a sua formação como médicos. Deverão surgir as expectativas que trazem de como deve ser o processo de formação do profissional médico, o que está diretamente relacionado com a representação de sua prática. Como os estudantes ainda têm pouco contato com o currículo do curso, talvez se consiga com mais “pureza” a tradução das percepções que trazem ao iniciar seu curso.

O pressuposto é que enfatizem o conhecimento das doenças, nos seus aspectos biológicos, em detrimento dos doentes, em sua dimensão bio-psico-social.

#### Questões do Bloco II

- *Como você acha que será o seu futuro profissional como médico?*
- *Em que locais de trabalho você acha que deverá exercer a sua profissão (consultório particular, hospital, emprego público, etc)?*
- *Você pensa em se especializar em alguma área? Qual? Você poderia justificar a sua escolha?*

Objetivos: A visão e o desejo de como exercer a profissão também poderá elucidar as percepções que os estudantes trazem sobre a profissão e, através delas, a sua concepção sobre saúde e doença. Da mesma forma, a área especializada em que pretende trabalhar e os locais de trabalho em que pretende atuar, podem elucidar estes aspectos.

Os pressupostos é que, de forma majoritária, idealizem a profissão como exercício liberal, numa especialidade, dentro do consultório particular e do hospital.

### **Questões do Bloco III**

- *O que é saúde para você?*
- *O que o levaria a definir alguém como uma pessoa que tem saúde?*

Objetivos: A pergunta mais direta deverá suscitar alguma dificuldade. Talvez já surja a definição clássica da OMS. Acredito que aqui a facilitação do entrevistador será fundamental para, sem induzir as respostas, fugir das resposta muito amplas e buscar as informações relevantes de cada entrevistado.

Pressupõe-se que as respostas devem ocorrer condicionando, na maioria das vezes, a situação de saúde com a ausência de doença.

### **Questões do Bolco IV**

- *O que é doença para você?*
- *O que caracterizaria uma pessoa como doente, para você?*

Objetivos: Da mesma forma, a dificuldade poderá ser fugir das generalizações, buscando a melhor compreensão do conceito.

Os pressupostos são que a doença será definida de forma estrita, mantendo-se principalmente na dimensão biológica, atingindo no máximo a área psi, desconsiderando os aspectos sócio-culturais do adoecimento.

### **Questão do Bloco V**

**- Como está sendo a vivência do novo currículo?**

Objetivos: Perceber como os estudantes percebem o novo currículo do curso de medicina e qual o impacto provocado pelas vivências nos novos cenários de ensino-aprendizagem, relacionado principalmente com a concepção de saúde e doença.

OBS.: A primeira pergunta em cada quesito deverá ser a questão norteadora principal, cabendo ao entrevistador explorá-la ao máximo, utilizando, se necessário, estímulos e provocações indiretas (Como assim...!? Você poderia explicar melhor? Você falou que..., poderia explicar melhor isso?). Na maioria das vezes espera-se que as questões colocadas em segundo plano sejam abordadas na resposta à primeira pergunta. Quando isso não ocorrer, elas poderão ser formuladas diretamente.