

As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento

Changes in Brazilian Medical Education in Perspective: Reflections on the Emergence of a New Way of Thinking

Maria Inês Nogueira¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação médica.
- Conhecimento.
- Estilo de pensamento.
- Sistema Único de Saúde.
- Atenção primária à saúde.
- Prática profissional.

KEYWORDS

- Medical education.
- Knowledge.
- Style of thought.
- Single Health System.
- Primary health care.
- Professional practice.

RESUMO

A formação médica atual encontra-se estruturada a partir de um modelo tecnocientífico. No entanto, na contemporaneidade surgem propostas orientadas por um projeto ético-humanista que tensionam esse modelo com vistas a sua transformação. Neste ensaio, considera-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como superfície de emergência de novas demandas que alavancam as transformações requeridas na educação médica brasileira. A proposta estabelecida pelas Diretrizes Curriculares do Ensino Médico de 2001 sugere a inserção precoce do aluno em cenários diversificados de ensino-aprendizagem e enfatiza o papel desempenhado pela atenção básica nesse processo. Entende-se que a instituição de novos cenários de prática, a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer e a incorporação de tecnologias relacionais na formação médica possibilitam uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Considerando que inovações no processo de trabalho possibilitam mudanças na prática clínica e na produção da atenção à saúde, questiona-se a possibilidade de emergência de um novo estilo de pensamento médico.

ABSTRACT

Current medical training is organized according to a technical/scientific model. However, in recent years proposals have emerged with an ethical/humanist orientation that challenge the prevailing model and aim to transform it. This essay contends that Brazil's Unified National Health System (SUS) is the platform for the emergence of new demands that leverage the transformations required by medical education in the country. The proposal under the Curriculum Guidelines for Medical Education of 2001 suggests that students begin participating early in diverse teaching/learning scenarios, and emphasizes the role of primary care in this process. The understanding is that the establishment of new scenarios for practical experience, appreciation of the psychosocial and anthropological dimensions of illness, and the incorporation of relational technologies in medical training allow a reorientation of the view towards the subjective aspects of illness, fostering an expanded understanding of the health-disease process. Considering that innovations in the work process enable changes in clinical practice and the production of health care, the study investigates the possible emergence of a new way of medical thinking.

Recebido em: 24/03/2008

Reencaminhado em: 10/09/2008

Aprovado em: 24/10/2008

INTRODUÇÃO

Há mais de 50 anos o ensino médico encontra-se sob crítica recorrente em todo o mundo. No Brasil, especialmente nas últimas duas décadas, tornou-se objeto privilegiado de análise e debates pelos profissionais da área e pela sociedade em geral. Existe, de certa forma, um consenso quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica com vistas a uma satisfação das demandas assistenciais atuais^{1,2}.

Com frequência surge a seguinte indagação: o ensino médico no Brasil está realmente mudando? Responder a essa pergunta de imediato não é tarefa factível. A complexidade da questão suscita a necessidade de uma reflexão acurada sobre saúde e sociedade, paradigmas médicos e estilos de pensamento, saberes e práticas, modelos assistenciais e resolutividade dos problemas de saúde, políticas públicas e projetos pedagógicos de cursos. Entretanto, ao se lançar um olhar panorâmico sobre esse campo, pode-se vislumbrar um cenário de favorecimento para a construção de novas realidades: atualmente, a educação médica em nosso meio parece viver um processo de transformação, tal a quantidade de experiências inovadoras e reformas curriculares existentes em diversas escolas médicas, bem como uma produção acadêmica fervilhante na área.

Estudos e avaliações do ensino médico no Brasil contemporâneo, contudo, mostram que a maioria dos cursos de Medicina se encontra ainda organizada de acordo com as proposições do Relatório Flexner². Com a reforma universitária de 1968, o conteúdo curricular das escolas médicas ajustou-se ao modelo flexneriano, que tornou obrigatório o ensino centrado no hospital e oficializou a separação entre ciclo básico e profissional. Embora essa reformulação tenha modernizado o ensino médico, ao propor uma formação com base científica, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas e individualizantes. Assim, ficou estabelecido um modelo formador que fragmentava o conhecimento por meio do estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, estimulava a especialização profissional e atendia aos interesses do complexo médico-industrial.

Na segunda metade da década de 1970, surgia no Brasil um grande ator social coletivo – o Movimento Sanitário –, que se caracterizava por lutar contra a ditadura, contra a forma de atenção do complexo médico-industrial e a favor da necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério. A partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, desenhou-se, então, o projeto de construção de um sistema público de saúde pautado numa concepção ampliada de saúde e no lema – “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. A aprovação da nova constituição em 1988 e

das Leis Orgânicas em 1990 garantiu legalmente o SUS (Sistema Único de Saúde) dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e participação da comunidade.

Da década de 1990 até hoje, o SUS vem enfrentando inúmeros obstáculos para a sua consolidação efetiva como sistema universal, humanizado e de qualidade. Desde a sua criação, o drástico subfinanciamento vem sendo um problema crucial a ser solucionado. Por outro lado, a necessidade de reformulação do modelo assistencial emergiu como questão prioritária. Neste sentido, a expansão da atenção básica é um desafio estratégico. No decorrer desse processo, o Programa Saúde da Família (PSF) foi escolhido pelo Ministério da Saúde como a estratégia inicial de reorientação do modelo assistencial. A expansão do PSF trouxe em seu bojo alguns desafios conceituais, como a necessidade de buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar. A partir daí, uma constatação se evidenciou: as faculdades de Medicina não estão formando esse tipo de profissional. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação desse profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde.

Em 1991, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e mais nove instituições relacionadas à profissão médica constituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) com a finalidade de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde.

Na primeira fase do projeto desenvolvido pela Cinaem, traçou-se um perfil das escolas médicas brasileiras a partir de um roteiro elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Em decorrência dos resultados obtidos nessa fase, foram identificadas algumas questões importantes, que foram contempladas numa segunda fase do projeto, tais como: os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente, e a proposta curricular. Em 1998, a terceira fase do projeto Cinaem, chamada “Transformação do Ensino Médico no Brasil”, contou com adesão significativa das escolas médicas para um movimento de mudanças cujo objetivo maior seria o real atendimento das necessidades de saúde da população^{3,4}.

Assim, após um longo processo de discussão e de negociação, foram homologadas em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. As premissas enfatizadas nas novas diretrizes incluem:

integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento.

Ainda em 2001, como resultado de uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação, é lançado um programa de incentivo às mudanças nos cursos de Medicina – o Promed. Este programa visa oferecer apoio técnico e financeiro às escolas médicas dispostas a desenvolver processos de mudança que levem a uma articulação com os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a uma formação crítica e humanista do profissional médico. Além do Promed, políticas mais recentes no Brasil, como, por exemplo, os Polos de Educação Permanente em Saúde e o Aprender SUS, aproximam os ministérios da Saúde e Educação na coordenação de ações que visam encurtar distâncias entre as escolas médicas, os serviços e a comunidade³.

Ao propor a formação de médicos competentes, éticos e comprometidos com as necessidades de saúde da população, as novas diretrizes curriculares, que atualmente constituem os princípios gerais para a formação médica, instigam uma interação ativa entre estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários. Para uma reorientação efetiva da educação médica, há que se lidar com mudanças profundas que implicam transformação de concepções de saúde, de práticas clínicas e de relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde e do espaço social. Portanto, a implementação das novas diretrizes curriculares não é um processo estático, apesar de garantido pela legislação, mas, ao contrário, é um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos, que precisa ser cotidianamente construído nos diversos cenários de prática profissional para o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade.

Os serviços de saúde também não se encontram devidamente preparados para a formação de pessoal na área de saúde, conforme preceitua a Constituição federal. Tal situação representa um dos principais entraves à implementação e consolidação das mudanças na formação profissional em saúde, configurando um desafio que necessita urgentemente ser enfrentado.

Tendo em vista o protagonismo do Ministério da Saúde no aprofundamento da discussão sobre formação profissional em saúde atrelada à renovação do modelo assistencial e à implementação de políticas articuladas entre universidade, serviço e comunidade, considera-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como superfície de emergência de novas demandas que

alavancam as mudanças requeridas para a transformação da educação médica.

Dentre as questões primordiais definidoras de uma nova concepção para a política de formação de recursos humanos para o SUS, destacam-se:

- o ensino centrado no processo de trabalho e no princípio da integralidade das ações em saúde;
- a inserção do aluno na realidade social e sanitária da população para um acompanhamento do processo saúde-doença em suas mais variadas formas e manifestações;
- a diversificação dos cenários de aprendizagem – comunidade, família, unidades básicas de saúde, etc. – e o deslocamento do hospital como único espaço de aprendizagem;
- a perspectiva da formação em saúde inserida na transdisciplinaridade e na intersectorialidade;
- a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer; a incorporação das *tecnologias leves*⁵, visando melhor atuação frente aos aspectos subjetivos e singulares do adoecimento humano e a construção de uma *clínica ampliada*⁶, capaz de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos.

Sem dúvida, é importante assinalar que, devido ao potencial inovador e transformador contido nessas questões, seria impossível esperar uma incorporação uniforme das mesmas nos currículos médicos e muito menos a assimilação desses conteúdos de uma só vez pelas escolas médicas. Apesar de as novas diretrizes curriculares contemplarem a maioria dessas questões, as propostas de mudança também não se apresentam como um bloco monolítico e ordenado de políticas voltadas ao ensino. Algumas delas foram desenvolvidas por grupos não hegemônicos dentro da área de saúde coletiva e fazem parte de experiências institucionais isoladas.

Do mesmo modo, vale a pena ressaltar o ecletismo desse movimento de mudança, que conta com a participação de atores sociais diversos, como a Abem, a Cinaem, a Rede Unida, o CFM e a Abrasco – os quais também não pensam exatamente da mesma forma. Assim, a partir da constatação consensual de que as universidades precisam formar um outro tipo de profissional, vem se desenvolvendo um longo processo de discussão em várias instâncias e de acordo com os diversos contextos institucionais, políticos e sociais vigentes.

Acredita-se, contudo, que, para melhor compreensão da trajetória do ensino médico em nossa sociedade, é necessário discutir preliminarmente o estilo de pensamento que orien-

ta a medicina ocidental, ou biomedicina, para observar se as transformações estão de fato ocorrendo. Para que a alteração ocorra, convém ter em mente como é a situação, como funciona esse modelo e em que direção se quer transformá-lo.

De fato, há mais de 15 anos, Oliveira⁷ já sugeria que as novas propostas para reflexão da universidade sobre a educação médica no País deveriam estar centradas no próprio método clínico, definição de doença, doente e tratamento, e que seria necessário ampliar os debates sobre o conhecimento médico, não apenas conhecimento do médico, e a prática decorrente. Segundo a autora, a tentativa de caminhar sobre o conhecimento necessita que se volte a uma pergunta já respondida inúmeras vezes: para que serve o médico e o que ele faz ou deve fazer?

Sendo assim, privilegia-se neste trabalho o desenvolvimento de uma reflexão epistemológica como fonte de subsídios para uma avaliação das propostas de mudança no ensino médico do País.

A RACIONALIDADE BIOMÉDICA

Desde o surgimento da racionalidade médica moderna, no início do século XIX, com o advento da anatomia patológica, vem se consolidando o projeto de situar o saber e a prática médica no interior do paradigma das ciências naturais. Com isso, a medicina fez sua opção pela naturalização de seu objeto – a complexidade e a singularidade do adoecimento humano – por meio do processo de objetivação, ou seja, o de fazer surgir a objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades.

Nessa perspectiva, passou-se a pensar a doença como localizada no corpo humano, e a anatomia patológica inseriu-se na prática médica. Foram dadas, então, as condições para a construção do modelo da teoria das doenças, embasado em um monismo fisicalista.

Verificou-se, assim, na biomedicina o primado da objetividade levado às últimas consequências: sem lesão objetiva não há diagnóstico e, com isso, há um processo de exclusão de pacientes que não se enquadram nas normas das categorias diagnósticas.

Apesar dos progressos também obtidos por essa perspectiva, entende-se que esse modelo de medicina baseado preponderantemente no objetivismo trouxe algumas consequências indesejáveis e geradoras de impasses para a prática médica, ao excluir as dimensões subjetivas do adoecer humano. A relação médico-paciente tornou-se, então, marcada pelo encontro de duas leituras diversas sobre o adoecimento. Por um lado, o paciente apresenta-se com uma gama de mal-estares e perturbações (*illness*); por outro, o médico trabalha com a simplificação da categoria doença (*disease*) oferecida pela biomedicina⁸.

Em *Paradigmas, ciência e saber médico*, Camargo Jr.⁹ avalia a possibilidade de aplicação do modelo epistemológico descrito por Thomas Khun ao estudo do saber médico ocidental contemporâneo e propõe a hipótese da existência de um paradigma clínico-epidemiológico que condiciona a percepção do médico ao modelo da teoria das doenças. Um paradigma, resumidamente, seria constituído pelo conjunto de exemplos compartilhados por uma comunidade científica, que guiam, sem serem questionados, a atividade do cientista em seu trabalho regular. Sendo um paradigma, não é completamente enunciável em termos objetiváveis, e seu aprendizado tampouco se faz por meio de proposições lógicas, mas mediante exemplos.

Embora a biomedicina tente se adequar ao modelo preconizado pela ciência, construindo um “imaginário científico”, não se pode afirmar que a atividade do médico seja científica. Apesar de a clínica se ancorar nas ciências biológicas, o médico apenas utiliza essas bases biológicas como subsídio para um julgamento de valor e uma intervenção terapêutica. Na verdade, cada vez mais se tem consciência de que o processo saúde-doença não pode ser devidamente explicado sem os referenciais das ciências humanas e sociais.

Inúmeros autores vieram criticar o reducionismo organista da medicina vigente. Dentre outros, estão os trabalhos clássicos de Clavreul¹⁰ e Foucault¹¹, e, mais recentemente, Camargo Jr.¹² e Bonet¹³. Além disto, verifica-se no campo da saúde coletiva a emergência de novas abordagens para se pensar o adoecimento, aliada ao crescimento das medicinas alternativas nas últimas décadas¹⁴.

Neste ensaio, parte-se, portanto, da premissa de que há também obstáculos no interior do próprio saber médico ocidental que podem afetar a melhoria da atenção à saúde. Para que haja uma mudança efetiva desse modelo assistencial, é imprescindível um repensar contínuo da teoria, da prática e das ações de saúde.

Sabe-se que a biomedicina experimentou avanços extraordinários na área tecnológica e medicamentosa, mas ainda assim apresenta inúmeros fracassos na prática clínica, sobretudo no que concerne ao médico lidar com fenômenos subjetivos no indivíduo que demanda por cuidado.

Ao traçar um panorama dos avanços e limites do modelo biomédico, Helman⁸ faz considerações oportunas sobre os desafios que a medicina enfrenta na contemporaneidade. De acordo com essa perspectiva, ainda que a biomedicina represente a ideologia hegemônica de tratamento e de cura no mundo todo, muitos autores detectam uma crise desse modelo. Paradoxalmente, isso ocorre apesar dos seus muitos sucessos na prevenção e no tratamento de doenças. Ao longo do século

passado, a biomedicina conseguiu controlar as principais doenças infecciosas fatais na maioria dos países do Ocidente e também contribuiu para um decréscimo significativo da mortalidade infantil e da mortalidade materna e para um aumento da expectativa de vida da população. Como consequência, mais pessoas vivem por mais tempo para sofrer de doenças crônicas, e, na maioria desses casos, uma cura rápida simplesmente não é possível. O controle dessas doenças só pode ser alcançado com sucesso pela alteração dos padrões de comportamento humano e pela adoção de um modelo de cuidado a longo prazo, por meio de uma abordagem multidisciplinar e cooperativa, na qual os pacientes têm que se tornar co-cuidados. Por essas razões, “a medicina, além de ser ciência médica aplicada, precisa ser ciência social aplicada”, diz o autor.

Com as contribuições oferecidas pela epistemologia de Kuhn^{15,16} e Fleck¹⁷ a respeito de paradigmas e de estilos de pensamento, pode-se refletir melhor sobre esses impasses e identificar alguns “nós” existentes no interior do modelo biomédico. Considera-se que os aspectos subjetivos do adocimento aparecem como uma “anomalia” ou “exceção” no paradigma biomédico¹⁸.

Kuhn¹⁶ afirma que a transição paradigmática é marcada por uma ruptura, ou seja, abandona-se toda a tradição científica anterior e introduz-se uma nova, guiada por teorias, regras e, muitas vezes, métodos completamente diferentes dos vigentes até então. No entanto, adverte que o advento de uma crise nem sempre é suficiente para a substituição paradigmática. Algumas vezes, a ciência normal acaba se revelando capaz de tratar do problema que provoca a crise. Em outras ocasiões, o problema resiste até mesmo a novas abordagens. Neste caso, o problema recebe um rótulo e é posto de lado para ser resolvido posteriormente. Ou, por fim, pode terminar com a emergência de um novo paradigma.

Fleck, apontado pelo próprio Kuhn como seu precursor, em seu trabalho *A gênese e o desenvolvimento de um fato científico* (1935), utiliza a medicina como objeto de estudo e apresenta os conceitos de estilo de pensamento (a disposição para a percepção orientada, o observar e o ver formativo) e de coletivo de pensamento (a natureza coletiva da investigação, que seria o desenvolvimento coletivo do estilo de pensamento). Ao estudar estilos e coletivos de pensamento, Fleck explica como se instaura um novo estilo de pensamento, como esse estilo se mantém dentro de um coletivo de pensamento e conquista “novos adeptos”, e como um estilo tende a persistir e a não dialogar com os diferentes devido à incomensurabilidade de ideias.

Desta forma, para Fleck, a ruptura revolucionária nada mais é do que a instauração e o desenvolvimento de um outro

estilo de pensamento. Postula, ainda, que as teorias passam por dois momentos: o de classicismo e o de complicações, nas quais as exceções se tornam presentes. Neste caso, ao se utilizar a teoria epistemológica de Fleck para a compreensão da racionalidade biomédica, pode-se interrogar se não se está deixando para trás uma época clássica da medicina, quando tudo funcionava conforme o modelo dominante¹⁷.

O ESTILO DE PENSAMENTO MÉDICO

Segundo Camargo Jr.¹², as instituições médicas (incluindo a saúde pública, a assistência à saúde e as escolas médicas), o conhecimento e a prática médicas são permeados por um estilo de pensamento específico, ainda que esta não seja uma região epistemológica homogênea, uma vez que o eixo principal da medicina, conforme nos mostra Canguilhem¹⁹, não é a produção de conhecimento, mas sua aplicação numa variedade de situações de acordo com princípios éticos. No entanto, o autor considera que, apesar das diferenças extremas no interior desse campo, pode se esboçar uma descrição do que poderia ser chamado um estilo de pensamento médico.

O conhecimento e a prática médicos alimentam-se de uma variedade de fontes teóricas e técnicas, da mecânica quântica (a base dos métodos de imagem mais modernos) à biologia molecular, da epidemiologia à estatística. Nenhuma dessas áreas do conhecimento é a província intelectual do médico praticante; nos termos de Fleck, tais médicos são, no máximo, parte do círculo exotérico delas – área constituída pelos “leigos educados” –, em oposição ao círculo esotérico – área que compreende os *experts* especializados (aqueles que efetivamente produzem o conhecimento) e os *experts* generalistas (localizados periféricamente na área de iniciação dos novatos). Uma vez que a profissão médica não está primariamente voltada para a produção de conhecimento, os médicos são similares aos “leigos educados” descritos por Fleck; eles não possuem as ferramentas necessárias para efetivamente criticar o que lhes é apresentado pelas várias áreas disciplinares que constituem, de modo amplo, o campo de conhecimento biomédico¹².

Da mesma forma, o processo de escolarização que transforma o estudante de Medicina num médico plenamente desenvolvido é uma inculcação organizada não apenas de certos conteúdos cognitivos, mas também de um modo distinto de definir o que é a “realidade” (Atkinson²⁰, Good²¹). Este aprendizado é integrado num sistema de opiniões que, uma vez mais segundo Fleck, resiste tenazmente aos desafios, criando uma “harmonia das ilusões”. Uma parte essencial desse estilo de pensamento é um conjunto de critérios que identifica o conhecimento confiável, usualmente definido como “verdadeiro”, “objetivo” e “científico”, de acordo com o que Good deno-

minou “epistemologia *folk*” da biomedicina ou “epistemologia intuitiva” dos clínicos, como nomeou Camargo Jr.¹².

A conclusão central de uma pesquisa empreendida por Camargo Jr.¹² para avaliar os critérios que os médicos utilizam para selecionar conhecimentos confiáveis é que o modo de pensar que emerge do conjunto de entrevistas pode ser caracterizado resumidamente como uma busca amplamente intuitiva, pragmática, orientada a resultados, voltada para informação relevante (potencialmente útil na prática), selecionada de fontes com suficiente credibilidade acadêmica e submetida a um primado do conhecimento prático, experiencial. A atitude desses médicos é bastante cética, às vezes bordejando o cinismo.

De acordo com Camargo Jr., o efeito líquido desse modo de pensar é a receptividade da profissão médica às informações pré-digeridas e pré-selecionadas apresentadas pelo lado industrial do complexo médico-industrial. Por outro lado, as soluções propostas atualmente, como a adoção de estratégias com base na chamada “Medicina Baseada em Evidências”, têm, entre outros problemas, a falha de não reconhecer as extensas raízes sociais, econômicas e mesmo políticas dos dilemas encarados pelos médicos. O fato de se apoiarem numa abordagem do tipo “receita de bolo” da estatística compromete a confiança dos médicos nas próprias formas específicas de conhecimento, derivadas de um método clínico que enfatiza casos individuais e na primazia epistemológica da experiência, e reforça ainda mais sua sujeição epistêmica a uma disciplina (epidemiologia) que não é usualmente apreendida por eles¹².

Então, a partir dos subsídios gerados pela discussão sobre racionalidade biomédica e estilo de pensamento médico, lança-se a seguir um foco sobre algumas questões importantes a contemplar nesse estudo: a problemática da saúde, a complexidade do trabalho em saúde e os novos modos de construir modelos de atenção em saúde.

O TRABALHO EM SAÚDE

Pensar sobre o trabalho em saúde é vital para a reflexão primordial desse estudo – o trabalho do médico. O fazer em saúde utiliza uma série de saberes, competências e habilidades que vão determinando produtos e resultados específicos. No entanto, a lógica dos processos de trabalho em saúde encontra-se inserida tanto no contexto institucional, quanto no social e ideológico, os quais, por sua vez, remetem a questões de fundo epistemológico sobre a constituição da “problemática da saúde”.

Birman²² argumenta que o reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anatomofuncional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos. Por isso, os diversos recursos das ciências naturais, irrefutavelmente fundamentais para a inves-

tigação e as práticas sanitárias, possuem alcance limitado, já que a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico. Portanto, a constituição do discurso teórico da saúde coletiva, com a introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico.

Ao assumir que a problemática da saúde coletiva diz respeito às *relações entre a natureza e a cultura*, na medida em que estas regulam a produção epistemológica de seus discursos teóricos e o agenciamento das práticas sanitárias, Birman enfatiza que a marca desse campo é a multidisciplinaridade por admitir em seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa²².

Para uma compreensão mais abrangente do trabalho em saúde e das possibilidades de intervenção nesse campo, é preciso ver o processo de produção em saúde como um fenômeno histórico e social.

De acordo com Merhy²³, os modelos médico-hegemônico e sanitário-burocrático privilegiam certos atores/trabalhadores de saúde em relação a outros e com isso reduzem suas potências para dar conta das necessidades de saúde dos usuários. Um modelo que deseja se pautar pela centralidade do usuário deve procurar sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde para a que se pauta pelo mundo das *necessidades de saúde*. Tal mudança de olhar, segundo o autor, equivale a uma rotação de 180 graus e exige dos atores interessados nesse processo capacidade analítica da situação e um modo de protagonizar as ações que possibilite gerar novos sentidos para a produção dos atos de cuidar.

Merhy apresenta uma taxonomia das necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos, que listamos aqui de forma resumida: a) necessidade de boas condições de vida; b) necessidade de ser alguém singular, com direito à diferença; c) garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; d) necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação); e) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)²³.

Dessa forma, segundo argumenta Merhy et al.²³, torna-se claro compreender que o cuidado médico por si só, mesmo utilizando-se de uma clínica ampliada (como propõe Campos⁶), não consegue dar conta do universo colocado pelo conjunto das necessidades apresentadas.

Ao pensar sobre os trabalhadores de saúde, seus saberes e fazeres tecnológicos, Merhy parte da constatação de que as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas

a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde. Tais dimensões se expressam em terrenos tecnológicos denominados *leve* (os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde), *leve-duro* (os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e *duro* (os equipamentos e máquinas), e procuram tornar explícito que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independentemente do recorte profissional. Nessa perspectiva, o autor explica que um modelo cujo sentido é dado pelo mundo das necessidades dos usuários é centrado principalmente nas tecnologias leves e leve-duras²³.

Tem-se, então, o *acolhimento* como principal proposta, sugerida por Merhy et al.²³, para inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde e modificar radicalmente o processo de trabalho em saúde. Resumidamente, a diretriz operacional do acolhimento parte dos seguintes princípios: a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal, criando possibilidades para o estabelecimento de *vínculo, responsabilização e resolutividade* dos problemas de saúde; b) reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma *equipe multiprofissional*, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seus problemas de saúde; c) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

No que diz respeito à participação do médico no modelo de atenção pautado pela diretriz do acolhimento, algumas considerações devem ser feitas. A mudança do processo de trabalho exige uma interação constante entre a equipe multiprofissional, sendo que todos são parcialmente responsáveis pela condição de saúde das pessoas, ou seja, a responsabilidade não recai apenas no médico; preserva-se esse profissional para situações de maior complexidade – os casos agudos e os que em geral necessitam de tecnologia médica para sua resolução. Embora esta proposta cause certo receio na categoria médica, tanto pela ameaça de perda de poder nos serviços de saúde quanto por não ter sido formada para desenvolver trabalho em equipe, as experiências verificadas em Belo Horizonte (MG)²⁴ e Chapecó (SC)²⁵ mostram que, vencidas as resistências iniciais, os médicos que aderiram a esta proposta ganham mais tempo e qualidade no trabalho que realizam.

Para garantir uma assistência à saúde mais qualificada e mais humanizada, não se pode “fatiar” o cuidado entre as diversas categorias profissionais, afirma Merhy et al.²³. Há uma tendência mundial no sentido de estruturar equipes de saúde coordenadas em vez de mantê-las fragmentadas. Assim, novas formulações teóricas e novas práticas são criadas com o objetivo de formar redes multiprofissionais de cuidado que possam

atuar melhor frente à “problemática da saúde”. Por outro lado, para que o médico possa se adequar integralmente aos novos modelos de atenção em saúde, é fundamental que as mudanças propostas para a formação médica realmente se efetivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação médica atual encontra-se estruturada a partir de um modelo tecnocientífico. No entanto, na contemporaneidade surgem propostas orientadas por um projeto ético-humanista que tensionam esse modelo com vistas à sua transformação.

Neste estudo, considera-se o SUS como superfície de emergência de novas demandas que alavancam as transformações requeridas na educação médica brasileira. A proposta estabelecida pelas novas Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, homologadas em 2001, sugere a inserção precoce do aluno em cenários diversificados de ensino-aprendizagem e enfatiza o papel desempenhado pela atenção básica nesse processo.

A instituição de novos cenários de prática na formação médica possibilita uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo doente, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença. Assim, a partir de novos cenários têm-se novos *enactments*²⁶, ou seja, novas dramatizações na prática clínica e na produção da atenção à saúde. Por outro lado, considera-se esses novos *enactments* como fruto de novas ideias, talvez um novo estilo de pensamento médico.

A verificação da real efetividade dessas mudanças e do impacto das inovações de cenários de ensino e de prática no estilo de pensamento médico somente será possível após a realização de estudos pontuais sobre as novas experiências na formação médica. Com este objetivo, encontra-se em andamento um projeto de pós-doutorado intitulado *A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática profissional: um novo estilo de pensamento?*²⁷. Neste projeto, a autora discute a mudança de estilo de pensamento a partir de um estudo de caso – a reforma curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), implementada em 1994.

Saippa-Oliveira et al.²⁸ acreditam que experiências educativas orientadas pela integralidade trazem em si mesmas a possibilidade de um projeto inovador:

Nas relações em que as pessoas são vistas como seres autônomos, as mudanças podem acontecer, tanto no nível macro (política institucional do SUS), micro (regulamentações, diretrizes dos processos de formação) e molecular (cotidiano do

processo de formação e do cuidado), reconhecendo-se uma influência mútua entre todas.²⁸ (p. 224)

Entretanto, ao discutir a biomedicina, o ensino médico e a crise de paradigma, Briani²⁹ afirma que a solução para os impasses no campo da saúde não será encontrada apenas nos projetos de mudança na educação médica, dependendo muito mais da maneira como a sociedade vem encarando a construção da saúde. Num momento em que se procura favorecer o ensino médico com a contribuição de disciplinas de conteúdo humanístico, há que se perguntar até que ponto a medicina está realmente aberta a uma mudança paradigmática desta ordem, aceitando compartilhar com a educação, a filosofia, a antropologia, a história da ciência, a psicologia, entre outras, a construção de novos significados para o ensino médico e a prática médica.

Ainda que propostas de caráter integrador sejam colocadas para a renovação da educação médica, a resistência às mudanças é muito grande, e, na maioria dos casos, o currículo médico continua privilegiando a formação técnica e o conhecimento biológico, dissociado dos aspectos históricos, sociais, psicológicos e culturais que permeiam o adoecimento humano.

Na tentativa de dimensionar as raízes de tamanha resistência às mudanças em nossa sociedade, recorre-se a um ensaio de Rios³⁰ sobre filosofia e biotecnologia, no qual o autor utiliza um texto de Heidegger – *Ultrapassamento da Metafísica* – que ajuda a pensar sobre o destino tecnocientífico do Ocidente, que já se desdobrou em destino mundial:

Heidegger ironiza o homem que se toma por senhor da técnica moderna. O homem se encontraria, antes, de tal modo possuído pelo furor calculante e apropriante da tecnociência que não conseguiria pensar a origem deste destino tanto avassalador quanto niilista, orgulhosamente caminhando, ou correndo, para a perda de sua essência. O esquecimento das questões essenciais que possibilitariam ao homem moderno pensar o seu destino não é, porém, culpa do homem moderno. Trata-se de um destino gestado por toda a história Ocidental desde a Antiguidade grega.³⁰ (p. 13-14)

Transportando esse debate filosófico para o campo da saúde e da educação médica, não se pode deixar de trazer à tona algumas “questões essenciais”, como vida, cura, sofrimento, perspectiva integral do adoecimento, projetos terapêuticos cuidadores, aptidão e sensibilidade para se dedicar ao

bem-estar de indivíduos e comunidades, que por muito tempo foram esquecidas na formação profissional em saúde, mesmo que essa proposta ainda se apresente de forma contra-hegemônica.

REFERÊNCIAS

1. Koifman, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2001; vol. VIII (1): 48-70.
2. Rego, S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
3. Lampert, JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: Marins, JJN (et al.), org. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.
4. Siqueira, BP. CINAEM – um pouco de sua história. Cadernos da ABEM. Volume 2 – Junho, 2006.
5. Merhy, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. Campos, GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. Cadernos da ABEM. Volume 3 – Outubro, 2007.
7. Oliveira, JA. Uma proposta para reflexão da universidade sobre a educação médica no país. Revista Brasileira de Educação Médica. 1998; 12 (1): 1-40, pp. 6-9.
8. Helman, CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
9. Camargo Jr., KR. Paradigmas, ciência e saber médicos. Série Estudos em Saúde Coletiva. 1992; nº 6, 20 p.
10. Clavreul, J. A ordem médica. São Paulo: Brasiliense; 1983.
11. Foucault, M. O nascimento da clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.
12. Camargo Jr., KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
13. Bonet, O. Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. 1999; vol. 9, nº 1, pp. 123-150.
14. Luz, MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis – Revista de Saúde Coletiva. 1997; vol. 7, nº 1, pp. 13-43.
15. Kuhn, TS. A tensão essencial. Lisboa: Edições 70, Biblioteca de Filosofia Contemporânea; 1977.
16. Kuhn, TS. A estrutura das revoluções científicas. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.; 1991.
17. Fleck, L. La génesis y el desarrollo de um hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.

18. Guedes, CR; Nogueira, MI; Camargo Jr., KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 11, nº 4; 2006.
19. Canguilhem, G. O normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.
20. Atkinson, P. The clinical experience: the construction and reconstruction of medical reality. Adershot: Ashgate Publishing; 1997.
21. Good, B. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge University Press, UK; 1994
22. Birman, J. A physis da saúde coletiva. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. 1991; vol. 1, nº 1, pp. 07-11.
23. Merhy, EE. (et al.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
24. Malta, DC. (et al.) Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*. 2000; v. 24, n.56.
25. Franco, TB. (et al.) Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004.
26. Mol, A. *The body multiple*. Durham: Duke University Press; 2002.
27. Nogueira, MI. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática profissional: um novo estilo de pensamento? Pós-doutorado [Projeto]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2007.
28. Saippa-Oliveira, G. (et al.) Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Piniheiro R (et al.), org. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC: ABRASCO; 2006.
29. Briani, MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2001; v. 25, nº 3, pp. 73-77.
30. Rios, A. Filosofia e Biotecnologia. In: Rios A (et al.) *Bioética no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1999.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês Nogueira

Rua Marquesa de Santos, 05 / 402

Laranjeiras – Rio de Janeiro

CEP: 22221-080 – RJ

E-mail: minogueira@globo.com