UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (PROPSAM)

DENISE RIBEIRO BARRETO MELLO

O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA E SEUS EFEITOS À SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE

Rio de Janeiro
2017

DENISE RIBEIRO BARRETO MELLO

O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA E SEUS EFEITOS À SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde – Área de Concentração Saúde Mental.

Orientadora:
Ligia Costa Leite
PhD em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Professora colaboradora do IPUB/UFRJ

Rio de Janeiro
2017

CIP - Catalogação na Publicação

M527 c

MELLO, DENISE RIBEIRO BARRETO
O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA E SEUS EFEITOS À SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE / DENISE RIBEIRO BARRETO MELLO. -- Rio de Janeiro, 2017.
394 f.

Orientador: LIGIA MARIA COSTA LEITE.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2017.

1. SAÚDE MENTAL. 2. VIOLÊNCIA SILENCIOSA. 3. EDUCAÇÃO MÉDICA. I. LEITE, LIGIA MARIA COSTA, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

DENISE RIBEIRO BARRETO MELLO

O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA E SEUS EFEITOS À SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde Mental.

Aprovado por:

Ligia Maria Costa Leite
Doutora em Comunicação ECO/UFRJ, PROPSAM/ IPUB/UFRJ (Orientadora) (Presidente da Banca)

Maria Tavares Cavalcanti
Doutora em Psiquiatria IPUB/UFRJ, PROPSAM/ IPUB/UFRJ (Titular Interno)

Octavio Domont de Serpa Jr
Doutor em Psiquiatria IPUB/UFRJ, PROPSAM/ IPUB/UFRJ (Titular Interno)

Paulo Cavalcante Apratto Junior
Doutor em Ciências da Saúde UERJ, Provab/UERJ (Titular Externo)

Edson Guimaraes Saggese
Doutor em Psiquaitria IPUB/UFRJ, IPUB/UFRJ (Titular Externo)

Aos que sofrem em silêncio e aos que silenciam ao sofrer.
Que suas dores se tornem visíveis e suas vozes, audíveis.

AGRADECIMENTOS

Eu comparo a construção dessa tese a uma das paixões que trago em minha vida: a música. Uma sinfonia só ganha beleza ao ser executada por muitos talentos e, até que pudesse ser apresentada ao público, um percurso tem que ser desenvolvido na formação da orquestra, na escolha e afinação dos instrumentos, na elaboração das partituras, na leitura das composições, no aprendizado das teorias, ritmos, melodias e harmonias, na criatividade da execução, no entrosamento com o regente. Para chegar a uma execução harmônica, uma série de detalhes necessitou ser providenciada de forma que apenas o compositor e a composição não seriam suficientes para tornar possível a sinfonia. E aqui é o momento de agradecer a cada um que me ajudou a transformar este trabalho em algo a ser compartilhado, assim como os compositores de suas canções.

A Jesus, o maior de todos os maestros, o regente do universo e do meu em particular; o dono de toda a ciência, sabedoria e poder. Senhor absoluto de todos os sons e das mais lindas melodias e harmonias.

À minha orientadora, Ligia Costa Leite, minha regente, com quem aprendi a sonorizar o silêncio e escutar o inaudível; seu investimento me fez acreditar e investir na construção deste trabalho; pela paciência guiando-me na escrita da composição. Incansável e invencível por magia ou razão, meu desejo é que você continue a compor...

À Banca Examinadora – Prof. Octávio, Prof.ª Maria, Prof. Edson, Prof. Paulo – pela presença e pelas ricas contribuições que aprimoraram a composição, harmonizando-a e a tornando mais bela.

À minha família: meu esposo, Sergio; meus filhos Serginho, Davi e Isac. De todas as harmonias e melodias, vocês são a canção mais linda que eu já pude conhecer e escutar. Passar pela vida sem vocês seria o mesmo que assistir a orquestra sem ouvi-la.

Aos meus pais, Rosa e Beirute, a nossa convivência me deu os maiores ensinamentos que em nenhum livro encontrei similares; no colo que me deram aprendi a amar, acolher e cuidar das pessoas como elas são, e encontrar nisso a razão da minha existência.

Às minhas irmãs – Gigi, Bia, Nana – o que seria das nossas vidas sem nossas risadas? Ah... nossas risadas, sem motivos, com motivos são prazeres indescritíveis que sonorizam nossas vidas deixando-as mais belas.

À minha querida amiga, Monica, flor de maracujá, a mais perfumada e querida, a discípula que, orgulhosamente, superou a mestre; irmã com quem compus e continuo a compor uma melodia leve e alegre que transforma nossa convivência em um dueto que nos faz crescer.

Aos meus familiares e às amigas incansáveis – Amanda e Marijane – que me deram ombro, ouvido, souberam suportar minhas angústias e oscilações... Vocês me ajudaram a vencer.

Aos amigos do trabalho e das visitas domiciliares no território – Annabelle, Eliza, Luciana, Aline, Pierre, Alessandro, Ana, Renata, André – com quem compartilho dia-a-dia o sonho de formar médicos de pessoas.

Aos amigos – Vagner e Paulo – pelos jantares sem sal (rs) e aprendizados compartilhados que são como alegres sons no cotidiano.

As companheiras do mesmo barco acadêmico – Mayara e Adriana – cantamos a mesma música, tocamos na mesma batida e tivemos como resultado um dos mais belos sons: a amizade que não se finda aqui, mas que levaremos pela vida afora.

Aos médicos de pessoas com quem convivi e convivo (e que não foram/são poucos!), que me ajudam a acreditar que a medicina que mantém sua humanidade não é uma fantasia.

As faculdades de medicina que me acolheram.

Aos amigos de um outro tempo ainda presente – Nélio, Graça, Andrea, Lúcia e Roberto – pelas partituras desafiadoras de sistemas e poderes que escrevemos juntos.

Aos estudantes de medicina que aprendi a amar e respeitar, fonte de inspiração para a composição, que me fizeram acreditar que utopias podem ser reais quando acreditamos que elas podem ser como projetos para investir e transformar em realidades.

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo...

Pensar que a esperança sozinha transforma o mundo e atuar movido por tal ingenuidade é um modo excelente de tombar na desesperança, no pessimismo, no fatalismo. Mas, prescindir da esperança na luta para melhorar o mundo, como se a luta se pudesse reduzir a atos calculados apenas, à pura cientificidade, é frívola ilusão. Prescindir da esperança que se funda também na verdade como na qualidade ética da luta é negar a ela um dos seus suportes fundamentais. O essencial como digo mais adiante no corpo desta Pedagogia da esperança, é que ela, enquanto necessidade ontológica, precisa de ancorar-se na prática. Enquanto necessidade ontológica, a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica, é por isso que não há esperança na pura espera, nem tampouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã.

Paulo Freire, 1997.

A saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico. A saúde é quando ter esperança é permitido.

Dejours, 1986.

RESUMO

MELLO, Denise Ribeiro Barreto. O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA E SEUS EFEITOS À SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

A educação médica tem se transformado e uma das mudanças mais marcantes é que a formação obtenha como resultado um perfil de egresso comprometido com as demandas da população. A despeito do desejo do estudante, seus efeitos surgem e estudos tem priorizado alterações psicopatológicas. O presente estudo, ao contrário, procura fundamentar e sustentar, através dos achados da pesquisa, uma anterioridade não percebida relacionada à conjuntura que coloca em vulnerabilidade a saúde mental que, conceitualmente, é situada como algo inerente à vida humana não redutível a transtornos psiquiátricos. Tal condição resulta de processos de violência silenciosa, aos quais é exposto e que se caracterizam por condutas naturalizadas e banalizadas no cotidiano. O objetivo geral da tese foi realizar um estudo qualitativo e exploratório a respeito da dinâmica bem-estar/mal-estar vivenciados por estudantes de medicina contextualizado no cenário contemporâneo; e os específicos: (1) discutir a construção da identidade profissional durante a graduação; (2) contextualizar as vivências dos alunos no cenário atual, evidenciando os imbricamentos entre essas, a conjuntura e sua saúde mental; (3) identificar questões relativas aos riscos psicossociais (potenciais ou não), ou vulnerabilidades durante jornada acadêmica. A pesquisa de campo foi realizada em duas escolas médicas de perfis diferentes: uma mais antiga, com pouco mais de quatro décadas de existência, e outra de recente autorização, em plena implementação do projeto do curso. Como método de coleta de dados utilizou-se a observação participante do tipo total e a escrita de si para recolhimento de narrativas de vida transcritas em Portfólios Reflexivos (PRs). O método de análise foi a Teoria da Abdução em Comunicação de Boudon para originar o diagrama-síntese denominado Templum, originado a partir da indução de três categorias bases, a saber: Construção da Identidade Médica, Portfólios Reflexivos e Medicina como Sofrimento. Os resultados indicaram que a

construção da identidade médica é mediatizada por meta-categorias, enquanto polos dinâmicos, contraditórios e conflitantes para o estudante que se vê envolto com a escolha entre modelos ambíguos apresentados na formação. A análise dos PRs revelou o potencial das metodologias ativas em desconstruir ideias preconcebidas e preconceituosas em relação ao ser médico, bem como operacionalizar as transformações necessárias na educação médica, ao propor ao estudante a reflexão sobre como suas escolhas atuais determinarão que tipo de médico será. A naturalização/banalização do sofrimento foi evidenciada como uma forma típica de violência silenciosa e comprovou a hipótese de que esses processos forjam uma conformação do aluno ao modelo de formação vigente marcada pelo enevoamento da subjetividade, colocando sua saúde mental em vulnerabilidade. Ainda que os resultados obtidos não possam ser generalizados, eles demonstraram a relação do sofrimento com a conjuntura médica e sinalizaram a existência de um mal-estar, como uma forma do estudante expressar uma inadequação ao modelo de ensino proposto, assim como fragilidades na transmissão de valores, preceitos e princípios do que é ser médico. E, permitiu reflexões como um convite à realização de novas investigações que não priorizem as patologias apresentadas, mas os acadêmicos como pessoas e futuros profissionais e fomentem a implantação ou aprimoramento de medidas de proteção ao estudante.

Palavras-chave: Formação Médica, Saúde Mental, Violência Silenciosa.

ABSTRACT

MELLO, Denise Ribeiro Barreto. THE CONTEMPORARY SCENERIO OF MEDICAL MAJORING AND ITS EFFECTS TO THE STUDENTS' MENTAL HEALTH. Thesis (PhD in Mental Health) – Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Medical education has been changing and one of its most remarkable change is that the majoring obtain as a result a profile of egress who is committed with the populations' demands. Despite the students' will, its effects appear and studies have been prioritizing the psychopathologic amendments. The present study, the other way around, aims at fundamenting and supporting, through the outcomes of the researches, an overlooked anteriority related to the juncture which poses a vulnerability to mental health which, conceptually is considered as something inherent to human life not reducible to psychiatric disorders. Such condition results out of processes of silent violence, which they are exposed to and which are characterized by naturalized and banalized behaviors in the day by day. The overall objective of the thesis was perform a qualitative and exploratory study concerning the dynamic feeling good/feeling bad, lived by medical students and contextualized in the contemporary scenario; and the specificities: (1) discussing the construction of professional identity along the majoring; (2) contextualizing the students' experience in the current scenario, highlighting the connections among those, the juncture and their mental health; (3) identify issues related to psychosocial risks (potential or not), or vulnerabilities during academic journeys. The field research was performed into two medical schools with different profiles: one of them older, with a bit more than four decades of existence and another one whose authorization is more recent, into full implementation of the course project. As the method of data collecting, total participation observation has been used and the writing of the self for recalling life narratives transcribed in Reflexive Portfolios (RPs). The method of analysis was Boudon's Theory of Abduction in Communication to originate the synthesis-diagram called Templum, originated in principle through the induction of three basic categories, id est: Construction of Medical Identity, Reflexive Portfolios and Medicine as Suffering The results indicated that the construction of

medical identity is mediated by meta categories, while dynamic polos, contradictory and conflicting for the students who see themselves involved with the choice among ambiguous models presented in the majoring. The analysis of the RPs revealed the potential of active methodologies into deconstructing preconceived and prejudiced ideas concerning being a doctor, as well as operationalizing the necessary transformations into medical education, as it proposes to the students a consideration about how their current choices will determine the kind of the doctor they will be. The naturalization/banalization of suffering was evidenced as a way of typical silent violence and has proven the hypothesis that these processes create a conforming of the student to the current model remarked by fogging of the subjectivity putting their mental health into vulnerability. Even if the gathered results be generalized, they have shown the relation of suffering and medical juncture and have signaled the existence of bad feeling as a way for the students to express an inadequation to the proposed teaching model, as well as its fragilities into the transmission of values, precepts and principles of what being a doctor is. And, it has permitted reflections as an invitation to the performing of new investigations which not prioritize the introduced pathologies, but the medical students as people and future professionals and incentive the implementation or perfectioning of measures of protection of the students.

Key words: Medical Majoring, Mental Health, Silent Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA Nº 01	Esquema ssp/sm (Sistema de signos, significados e práticas de saúde mental).	116
FIGURA Nº 02	Jarro Grego utilizado para dialética as dimensões figura / fundo	123
FIGURA Nº 03	Tipologia da Violência	145
FIGURA Nº 04	Modelo Ecológico para compreender a violência	157
FIGURA Nº 05	Figura esquemática do Templum, diagrama-síntese	193
FIGURA Nº 06	*Brainstorming* construído no primeiro dia de aula de Psicologia Médica (Turma A)	217
FIGURA Nº 07	*Brainstorming* construído no primeiro dia de aula de Psicologia Médica (Turma B)	218
FIGURA Nº 08	Templum “Construção da Identidade Médica”	227
FIGURA Nº 09	Templum “Medicina como Sofrimento”	245
FIGURA Nº 10	Templum “Portfólios Reflexivos”	262
FIGURA Nº 11	Modelo de Canguilhem adaptado por Almeida Filho (1997)	343
FIGURA Nº 12	Modelo da História Natural das Doenças (HND)	357

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 01	Número de escolas médicas por vínculo jurídico existente (1808, 1949, 1962, 1980, 1994)	49
GRÁFICO Nº 02	Número de escolas médicas por organização acadêmica, localização capital /interior (década de 1995)	51
GRÁFICO Nº 03	Distribuição percentual do número de escolas médicas por região (2003)	64
GRÁFICO Nº 04	Comparativo das Escolas Médicas criadas entre 2007 a 2016, por localização geográfica e regime jurídico.	65
GRÁFICO Nº 05	Comparativo entre número de vagas e atendimentos mensais em F1	200
GRÁFICO Nº 06	Carga Horária do componente curricular de Psicologia Médica, em comparação com a Carga Horária total do curso.	212
GRÁFICO Nº 07	Comparação da Carga horária total do curso e daquelas destinadas às Ciências Humanas, Sociais e Saúde Coletiva.	212

LISTA DE TABELAS

TABELA Nº 01	Fases da CINAEM e seus produtos.	55
TABELA Nº 02	Quadro esquemático das traduções da palavra doença inglês/português, com suas significações usuais e formais.	100
TABELA Nº 03	Inter-relação existente entre os conceitos de Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Cidades Saudáveis	317
TABELA Nº 04	Descrição Cronológica de marcos históricos (políticos, educacionais, científicos, tecnológicos, contextuais) relevantes para o desenvolvimento da educação médica no Brasil – 1808 a 2014	360
TABELA Nº 05	Linha do tempo das Leis de Diretrizes e Bases da Educação.	368
TABELA Nº 06	Relação dos Congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (COBEM/ABEM), por ano, local e tema (1962 a 2016)	369
TABELA Nº 07	Relação de escolas médicas existentes no Brasil até 2016, por data, ano de criação, instituição mantenedora / local, número de vagas e regime administrativo	376

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABE – Associação Brasileira de Educação

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABO – Sistema Sanguíneo

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

AMB – Associação Médica Brasileira

ANDES – Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior

ANM – Academia Nacional de Medicina

ANMR – Associação Nacional de Médicos Residentes

APS – Atenção Primária à Saúde

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina[1]

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEM – Comissão do Ensino Médico

CES – Câmara de Educação Superior

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos

CFE – Conselho Federal de Educação

CFM – Conselho Federal de Medicina

CH – Carga Horária

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde)

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPC – Conceito Preliminar de Curso

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNE – Conferência Nacional de Educação

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

---

[1] Embora esta sigla seja mantida em referência a sua nomenclatura original, este organismo internacional integrante da OPAS/OMS passou a ser denominado Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COBEM – Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica

CONASP – Conselho nacional de Assistência Social Previdenciária

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DE – Dedicação Exclusiva

DEGERTS – Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Gestão da Educação na Saúde

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edição)

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª edição)

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

EM – Escolas Médicas

ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIES – Financiamento Estudantil do Governo Federal

FNAEM – Fóruns Nacionais de Avaliação do Ensino Médico

GERES – Grupo Executivo para Reformulação do Ensino Superior

GR – Grupo de Reflexão

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HND – História Natural da Doença

HSE – Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

IES – Instituição de Ensino Superior

IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MAAA – Metodologias Ativas de Aprendizagem e Avaliação

MEC – Ministério da Educação e da Cultura

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MNRS – Movimento nacional de Reforma Sanitária
MPAS – Ministério da previdência e da Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OP – Observação Participante
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARU – Programa de Avaliação da Referência Universitária
PBL – Problem Based Learning (Aprendizagem Baseada em Problemas)
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMM – Programa Mais Médicos
PPC – Projeto Pedagógico do Curso
Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (Fundação W. K. Kellogg)
PRÓ-MED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROPSAM – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PR – Portfólio Reflexivo
PSF – Programa Saúde da Família
PubMed – Publisher Medline
PUC – Pontifícia Universidade Católica
REME – Movimento de Renovação Médica Nacional
RH – Recursos Humanos
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SEPASE – Serviço de Psicopedagógico e de Assistência Social ao Estudante
SESU – Secretaria de Educação Superior
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SNC – Sistema Nervoso Central

Ssp/sm – Sistema de signos, significados e práticas de saúde mental

SUS – Sistema Único de saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

UNE – União Nacional dos Estudantes

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNEP – United Nations Environment Programme (Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente – PNUMA).

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USAID – United States Agency for International Development

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO ii
FICHA CATALOGRÁFICA iii
FOLHA DE APROVAÇÃO iv
DEDICATÓRIA v
AGRADECIMENTOS vi
EPÍGRAFE viii
RESUMO ix
ABSTRACT xi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES – FIGURAS xiii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES – GRÁFICOS xiv
LISTA DE TABELAS xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS xvi
SUMÁRIO xx
INTRODUÇÃO 23
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO 32
1.1. UM POUCO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL 32
1.2. AS ESCOLAS MÉDICAS NO SÉCULO XX 35
1.2.1. **O Relatório Flexner** 36
1.2.2. **As escolas médicas após o Relatório Flexner** 39
1.3. A DÉCADA DECISIVA: 1990 47
1.3.1. A CINAEM 53
1.4. AS ESCOLAS MÉDICAS NO SÉCULO XXI 62
1.4.1. **As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (2001)** 66
1.4.2. **PROMED (2002), PRO Saúde (2005), PET Saúde (2010), PMM (2013)** ... 74
1.4.2.1. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED, 2002) 74
1.4.2.2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ SAÚDE, 2005) 74

1.4.2.3. Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde, 2010) 77
1.4.2.4. Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM, 2013) 79
1.5. NOVAS DIRETRIZES EM 2014 E AS PERSPECTIVAS ATUAIS 83
1.6. O LUGAR DO ESTUDANTE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO 84
1.6.1. **Educação médica e saúde mental do estudante: efeitos de uma conjuntura** 84
1.6.2. **O problema estudado** 89
2. PERSPECTIVA CONCEITUAL 98
2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS 98
2.2. SAÚDE MENTAL E A DINÂMICA BEM/MAL-ESTAR 98
2.2.1. **A guisa de introdução, breves considerações etimológicas e teóricas das palavras saúde/doença e saúde mental** 98
2.2.2. **Das múltiplas concepções à noção de bem-estar** 106
2.2.3. **O conceito de saúde mental adotado neste trabalho** 121
2.3. VIOLÊNCIAS E O CONCEITO DE VIOLÊNCIA SILENCIOSA 127
2.3.1. **Breves reflexões sobre o mundo contemporâneo** 127
2.3.2. **Bases teóricas e epistemológicas do conceito de violência** 132
2.3.3. **Tipologia da Violência** 144
2.3.4. **A abordagem ecológica da violência** 156
2.3.5. **Violência Silenciosa** 161
3. METODOLOGIA 172
3.1. TIPO DA PESQUISA: QUALITATIVA E EXPLORATÓRIA 172
3.2. CAMPO DA PESQUISA E PÚBLICO ALVO 174
3.3. ASPECTOS ÉTICOS 176
3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 176
3.4.1. **Observação Participante** 176
3.4.2. **Portfólios Reflexivos** 179
3.4.2.1. Escrita de si 186
3.5. MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS 190
4. RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO 194
4.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM F1 194
4.1.1. **Descrição do campo e Observação Participante em F1** 195
4.2. PORTFÓLIOS REFLEXIVOS (F2) 208
4.2.1. **Descrição do campo e Observação Participante em F2** 208

4.2.2. **A experiência do uso de Portfólios Reflexivos em F2** 214
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 225
5.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS 225
5.2. PRIMEIRO TEMPLUM: CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA 226
5.3. SEGUNDO TEMPLUM: MEDICINA COMO SOFRIMENTO 244
5.4. TERCEIRO TEMPLUM: PORTFÓLIOS REFLEXIVOS 262
CONSIDERAÇÕES FINAIS 281
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 294
APÊNDICES 315
APÊNDICE 1: As Conferências Internacionais de Saúde e suas respectivas cartas: repercussões na educação médica 315
APÊNDICE 2: Vários autores, diferentes olhares, múltiplas concepções: um passeio histórico pelo conceito de saúde/doença e saúde mental 329
ANEXOS 360
ANEXO 1: Descrição Cronológica de marcos históricos (políticos, educacionais, científicos, tecnológicos, contextuais) relevantes para o desenvolvimento da educação médica no Brasil – 1808 a 2014 360
ANEXO 2: Escolas Médicas Brasileiras – 1808 a 1949 365
ANEXO 3: Relatório Flexner – Reportagem do New York Times, 1910 366
ANEXO 4: Escolas Médicas Brasileiras – 1950 a 1980 367
ANEXO 5: Linha do tempo das Leis de Diretrizes e Bases da Educação 368
ANEXO 6: Relação dos Congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (COBEM/ABEM), por ano, local e tema (1962 a 2016) 369
ANEXO 7: Escolas Médicas Brasileiras – 1981 a 1996 372
ANEXO 8: Escolas Médicas Brasileiras – 1997 a 2007 373
ANEXO 9: Número de cursos de medicina no Brasil (até 2013) 374
ANEXO 10: Escolas Médicas criadas no Brasil entre 2008 a 2016 375
ANEXO 11: Relação de escolas médicas existentes no Brasil até 2016, por data, ano de criação, instituição mantenedora / local, número de vagas e regime administrativo 376
ANEXO 12: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Institucional) 390
ANEXO 13: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Individual) 392
ANEXO 14: “Flor vermelha de caule verde”, Conto de Helen Barckley 393

INTRODUÇÃO

O presente texto apresenta os resultados obtidos com a investigação dos entrelaçamentos entre: (1) as exigências da formação em medicina, resultantes e atreladas às transformações atuais no campo da educação médica; (2) a dinâmica bem (mal)-estar que perpassa a vida do estudante nessa etapa de vida; e (3) as vulnerabilidades à sua saúde mental decorrentes de vivências de violência silenciosa, desenvolvidas ou agravadas durante os seis anos de curso, período em que se efetua a construção da identidade profissional, do vir a ser médico. Insere-se no laboratório de Violências, Comunicação e Saúde Mental coordenado pela Professora Ligia Costa Leite, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental (PROPSAM), do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A elaboração dessa tese não seguiu uma sistematização tradicional. Foi despertada como objeto científico e construída durante a trajetória cotidiana da pesquisadora inserida como docente e psicóloga em um serviço de apoio a estudantes de medicina desde 2008. Ao mesmo tempo, teoricamente abordou-se o tema e se vivenciou na prática as lacunas entre estes dois polos. Essa ideia de construção progressiva, como método de trabalho e estudo, está presente nas ciências humanas, sociais e saúde coletiva, ao se conceber o objeto como um germe da teoria que origina o *constructo*, não sendo possível, portanto, aplicá-la a um problema objetivo. Este nos incita a interpelar a teoria e, com isso, incluir a experiência do investigador, em um trajeto histórico. Em torno deste recorte, concebido como singular, constrói-se o estudo: frações a sua volta se espalham e são “deixados pelo chão, com a tesoura/método que o configurou, com a mão hesitante e, é claro, pensante que escolheu os pontos de corte, isso nos dá um desenho mais vivo do que está em questão no nosso trabalho” (MARIN, 2002, p. 10).

A partir dessa experiência, o estudo foi desenhado em torno do problema levantado e baseado no trabalho em duas instituições[1] que ofereciam o curso de medicina, tornando possível encontrar ancoragem em sua prática profissional para dar

[1] Estas duas instituições apresentam perfis diferentes: uma de currículo tradicional, com pouco mais de quatro décadas de história (que será referenciada como F1) e outra que utiliza um currículo híbrido, ou seja, que conjuga currículo tradicional com novas metodologias, denominada aqui como F2, em plena implementação do PPC desenhado de acordo com as novas DCNs de 2014).

contorno aos fenômenos psicossociais dos quais também foi parte durante a pesquisa. Essa proximidade com o objeto de estudo provocou inquietações. Mas, ao invés de se configurar como um obstáculo, incitou a escuta dessa realidade nos meandros da formação: através da permanente reflexão e crítica sobre as situações enfrentadas cotidianamente no convívio com os estudantes, foi possível hipotetizar que parece haver um movimento que os captura e forma, informa, deforma e conforma uma identidade profissional, nem sempre condizente com seu desejo. As vicissitudes dos processos de subjetivação que envolvem essa construção nem sempre se dão por um caminho salutar, pois, ao negar suas concepções, o aluno poderá encontrar-se com o sofrimento.

Territórios teóricos fundados na saúde coletiva, ciências humanas e sociais foram percorridos, procurando pontos de encontro entre eles para dar contornos às experiências e vivências obtidas, até encontrar entrelaçamentos em conceitos que são fios condutores do estudo, a saber, saúde mental e violência silenciosa. O primeiro será situado em contraposição à doença mental, como uma condição humana não redutível a transtorno psicopatológico pois, apesar de mais de quinze anos de reforma psiquiátrica no Brasil, ainda persiste interpretações equivocadas, preconceitos e confusões em relação ao assunto, tomando-o como sinônimo de perturbações, alterações ou distúrbios psiquiátricos. E o segundo será posicionado como um tipo de violência não facilmente perceptível, mas que faz parte do cotidiano, inclusive, nos cenários das práticas e de formação em saúde, que não é visível, uma vez que atitudes e condutas já foram banalizadas e, consequentemente, naturalizadas, podendo ser conhecidos pelos seus efeitos à saúde das pessoas inseridas nesses contextos.

Com base nessa conceituação, estabeleceu-se uma reflexão sobre o sujeito que escolhe a profissão médica e suas relações com este universo pré-existente a ele, mas que, rapidamente, o absorve e o transforma em um especialista comprometido mais com as doenças do que com a saúde, desatento às pessoas e apegado às suas próprias técnicas. Não raramente, o ideal que estava presente no sonho de ser médico – salvar vidas, cuidar de pessoas – deforma-se e é conformado à realidade da medicina atual, tecnicista, cartesiana, capitalista, ainda amarrada nos princípios pedagógicos e clínicos do século XVIII, calcada em princípios biomédicos e flexnerianos.

A atuação das equipes de saúde e o seu compromisso com demandas e realidades sociais brasileiras têm sido temas que estão na pauta das prioridades da agenda dos órgãos públicos de assistência e educação (MS/ MEC): qual a relação entre esta conjuntura e a formação médica recebida? Percebe-se uma lacuna entre aprendizados teóricos e o cotidiano das práticas, como forma de reprodução de uma conduta transmitida na graduação. Isto ocorre com considerável constância na coletividade e, como sintoma, funda-se nos discursos de mestres que trazem uma tonalidade de verdade, reduzindo a singularidade dos sujeitos a traços coletivos; este trabalho pretende compreendê-lo em seu aspecto social não para criar protocolos generalizantes. Ao contrário, entende-se que apesar de apresentar características comuns, o modo como opera em cada sujeito ou em grupos específicos requer que ele seja trabalhado em particular, valorizando as formas subjetivas como um modo privilegiado de vencer os processos de violência, pois esta "é o essencial na agressão humana, e é o contrário da palavra" (TIZO, 2013, p. 28).

O conhecimento construído sobre violência tem um caráter circular: "nós mesmos, nosso conhecimento e nossas ações fazemos parte do objeto estudado e manipulado e *não há lugar exterior onde poderíamos nos situar para adotar uma visão objetiva e desinteressada*" (MICHAUD, 1989, p. 62 – grifos nossos). É o caso do estudo em questão em que a autora percebeu-se também envolvida em processos de violência silenciosa – aqueles mesmos que também atingiam os estudantes, razão pela qual foi difícil abordar certos temas, em alguns momentos. Este conceito desenvolvido por Leite (1991,1998, 2009, 2010), por Leite, Leite e Botelho (2008) e Leite et al (2011) encontra ancoragem em outras formas de violência, como a simbólica, por exemplo, e tem sido produtivo para analisar práticas profissionais e alimentar produções acadêmicas. Neste sentido, a escolha metodológica foi decisiva para dar cientificidade à experiência, como objeto de estudo científico, a começar pela escolha do tipo de pesquisa.

A pergunta "o que se passa com o aluno no seu percurso de formação?", expôs a necessidade de que o estudo fosse realizado seguindo uma modalidade exploratória e qualitativa. Esta última tornou-se mais comum a partir da década de 1960 quando se desenvolveu uma maior familiaridade com os objetos de estudo não quantificáveis (FLICK, 2009). Ganhou publicidade no campo da saúde, especialmente pela notoriedade das aceleradas mudanças de padrões culturais e sociais, da ampla diversidade de ambientes que afetam de um modo imediato e mediato a vida das

pessoas e incorrem na pluralização e complexificação da vida social. Contextos estes que, por sua vez, alteram crenças, estilos de vida e as formas como os sujeitos lidam com suas próprias questões. Essa realidade provê o surgimento de uma multiplicidade de objetos que podem ser estudados e transformados em conhecimentos científicos, a partir do tratamento qualitativo que o pesquisador oferece ao levantamento de dados. Por sua vez, um estudo exploratório, foi útil para abordar um tema pouco conhecido, mas que se tornou possível pela familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado. Permitiu também o aprimoramento de ideias, a descoberta e valorização de insights e intuições, como etapas que antecederam à construção da hipótese. Foi uma escolha importante para lidar com o objeto de estudo delimitado pela sua especificidade, propiciando à diversidade de métodos de coleta de dados para abordá-lo.

O objetivo geral foi realizar um estudo qualitativo e exploratório em duas escolas médicas (EMs), F1 e F2, a respeito da dinâmica bem-estar/mal-estar vivenciados por estudantes de medicina durante a formação, contextualizado nas transformações atuais que se impõem no cenário da educação médica.

Como objetivos específicos: (1) discutir dados referentes ao acolhimento dos estudantes durante a graduação e da construção de sua identidade profissional durante o curso; (2) contextualizar as questões relacionadas às vivências dos alunos no cenário de formação médica atual, mediante as mudanças que têm sido requeridas, destacando os imbricamentos entre essa conjuntura e sua saúde; (3) identificar questões relativas aos riscos psicossociais (potenciais ou não), ou vulnerabilidades[2] durante jornada acadêmica; (4) analisar aspectos da violência silenciosa que interferem na saúde mental dos discentes; (5) situar o conceito de saúde mental como algo não redutível a uma patologia ou transtorno psiquiátrico, mas como algo inerente à vida humana, algo peculiar nesta fase da vida do jovem, a fim de, por meio de uma escuta ativa, confer protagonismo a estes atores sociais.

Para alcançá-los, diferentes metodologias de coleta do material foram utilizadas: (1) observação participante do tipo total em F1 e F2, possibilitada e

[2] O conceito de riscos abrange aspectos de concepção e gestão do trabalho e seus contextos sociais ou organizacionais que possuem o potencial de causar danos psicológicos ou físicos, relacionados com estruturas, acordos ou conjunturas. Enquanto que vulnerabilidade, derivada do latim, do verbo vulnerare, designa um dano ou injuria provocado (Botelho; Leite; Moraes, 2015). Nas pesquisas em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde.

otimizada com a inclusão da pesquisadora como nativa[3] durante a pesquisa, explorando a si mesma, suas vivências e experiências (MINAYO, 2008), ainda que tendo que lidar com o desafio de manter o rigor científico; (2) coleta de narrativas compreendidas como escritas de si (FOUCAULT, 1983/2006[4]; GOMES, 2004) em portfólios reflexivos (PRs) que foram produzidos na disciplina de psicologia médica por estudantes no primeiro ano (recolhidos apenas em F2).

Em relação aos campos F1 e F2 da pesquisa, pelo perfil diferenciado apresentado no início destas considerações introdutórias, há que se considerar uma limitação no desenvolvimento do estudo que foi a impossibilidade de estabelecer um estudo comparativo: em F1, as observações realizadas contaram com alunos do 1º ao 6º ano e de profissionais com um duplo perfil (alguns com um maior tempo de trabalho com educação médica – de 10 a 15 anos – e outros, recém contratados ou com menos de 5 anos de experiência nessa área). Já em F2, um curso em plena implementação do Projeto Pedagógico (PPC), apenas estudantes de 1º e 2º períodos participaram. Esta diferenciação, no entanto, incita a realização de estudos posteriores para verificar: (1) se a formação baseada em princípios da Atenção Básica à Saúde (ABS) tem, de fato, o potencial de alterar o perfil do egresso, tal como defende Bonnet (2014) para lhe imprimir um compromisso com as pessoas; (2) e se o desejo inicial do estudante permanece realmente ou pode ser deformado, corroborando uma das hipóteses deste estudo.

Ambas as instituições consentiram formalmente com a pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)[5], elaborado de acordo com os padrões requeridos pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), ligado e regulamentado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A pesquisa foi autorizada sob o Nº 1.421.967.

Para a análise, utilizou-se a metodologia da Teoria da Abdução em Comunicação de Boudon (1998, 2000, 2004) que não envolve categorias

---

[3] Na OP, o grau de envolvimento do pesquisador pode ser variável em intensidade. Quanto mais imerso no universo pesquisado, maior a dificuldade, embora seja indicado de acordo com os objetivos e o desenho da pesquisa. Uma participação do tipo total é o ideal quando o pesquisador é um nativo, como no estudo em questão. Nesse caso, pode perceber e interpretar o ambiente do mesmo modo próprio do grupo (MINAYO, 2008).

[4] Referências às obras de alguns autores apresentarão duas datas: a primeira referente à data da obra consultada na elaboração da tese e a segunda, à publicação original, com o objetivo de contextualizar o leitor no tempo e na história.

[5] Os modelos de TCLE institucional e individual utilizados encontram-se, respectivamente, nos Anexos 12 e 13.

preestabelecidas, mas as que são abduzidas a partir do conteúdo emergido do conjunto de dados coletados. Durante a pesquisa, demostrou eficiência para apontar contradições e coerências, ditos e não-ditos, lacunas e completudes, o que justifica a escolha desse método. Permitiu criar redes de sentidos que revelaram constantemente novas pistas com os argumentos e contra-argumentos. E ainda que cada texto se referisse a um sujeito singular, ele continha, ao mesmo tempo, elementos recorrentes emergidos das falas individuais que puderam ser agrupados por traduzirem dados da vida social do grupo.

A tese foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro ocupou-se da contextualização da educação médica no Brasil desde o seu surgimento em 1808 até os dias atuais, nos quais uma série de exigências tem levado a uma reformulação estrutural da graduação. A mais contundente parece ser a exigência de que a formação médica responda às necessidades populacionais brasileiras, algo que só aconteceu mais recentemente na história, mais precisamente a partir da década de 1990. Essas mudanças têm repercussões na vida do estudante que traz consigo as mesmas concepções que circulam no imaginário coletivo, do prestígio social, da atuação hospitalocêntrica e na alta complexidade, do bem-sucedido especialista nas áreas mais valorizadas. Não combina com essas noções a ênfase na atenção básica propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), promulgadas em 2001 e reformuladas em 2014, ainda que mantendo a mesma diretriz em relação à ênfase no aprendizado da atenção básica a saúde.

O segundo, por sua vez, explorou os conceitos centrais do estudo, apresentados anteriormente, a saber, saúde mental e violência silenciosa. Este esforço conceitual foi de especial importância para fornecer a sustentação teórica necessária, o aperfeiçoamento da pesquisa e elementos enriquecedores de análise e discussão dos resultados obtidos em campo.

Os métodos de coleta e análise de dados foram discutidos e configuram o terceiro capítulo: pela natureza do estudo, o delineamento metodológico, mais do que uma necessidade referente ao rigor científico, foi uma opção para sustentar os fundamentos do estudo. O campo da pesquisa; o desenho do estudo; as atividades propostas; as decisões e as necessárias revisões diante da especificidade da pesquisa qualitativa; o tratamento dos dados; a descrição dos resultados; as análises; as discussões estabelecidas: todos esses elementos conjuntamente foram descritos e considerados em sua dinamicidade na produção da pesquisa.

No quarto capítulo, os resultados das OPs em F1 e F2 foram apresentados, bem como a descrição da utilização dos PRs, somente em F2, para a coleta de narrativas de vida de estudantes pela escrita de si. A pertinência de novas metodologias para a implementação das mudanças nos cenários educativos foi também relatada e enfatizada, visando realçar a escolha pela coleta e análise desse material.

O quinto capítulo ocupou-se da análise e discussão dos resultados por meio da metodologia de Boudon (2004). Três categorias bases foram induzidas a partir do material coletado e cada uma delas originou um *Templum*[6], a saber: Construção da Identidade Médica, Medicina Como Sofrimento e Portfólios Reflexivos. No primeiro, os resultados indicaram que a construção da identidade médica é mediatizada pelas meta-categorias do médico real e médico ideal, como polos contraditórios e conflitantes para o estudante que se vê envolto com a escolha entre modelos ambíguos apresentados na formação. A segunda categoria induzida permitiu a construção do diagrama-síntese, cuja análise evidenciou que há uma naturalização do sofrimento apresentado pelo aluno, uma forma típica de violência silenciosa. Por fim, a análise dos PRs recolhidos em F2 revelou o potencial das metodologias ativas em desconstruir ideias preconcebidas e preconceituosas em relação à profissão e de ser médico, bem como operacionalizar as transformações necessárias na educação médica, ao propor ao estudante a reflexão sobre suas escolhas que conformarão seu perfil quando egresso. As sínteses obtidas com as análises dos *Templa* comprovaram as hipóteses iniciais e podem ser assim resumidas: processos de violência silenciosa vivenciados forjam uma conformação ao modelo de médico real, provocando um enevoamento da subjetividade e colocando sua saúde mental em vulnerabilidade.

Alguns temas teóricos relevantes emergiram durante a discussão; um deles foi que no conjunto das mudanças na educação médica fala-se em humanização da medicina por meio da priorização de uma formação ética e humanística: problematizou-se em que medida há também a necessidade da humanização do ensino médico como forma de transmissão do cuidado almejado e do desenvolvimento de condutas de respeito das quais todo ser humano é digno. Por fim,

---

[6] *Templum* é uma palavra originada do latim que se traduz para o português como templo que designa uma estrutura arquitetônica construída com um fim específico relacionado a rituais religiosos. Em sua forma plural, escreve-se *templa*. Na proposta de Boudon (1998; 2004) o significado atribuído ao termo é de uma figura esquemática construída por meio de análises a partir do material obtido em pesquisas de campo.

questionou-se se a busca por significação das experiências vividas na graduação seria uma forma de proteção ao sofrimento imposto pela conjuntura e redução das possibilidades riscos ou vulnerabilidades.

Em relação ao desenho do estudo, a entrada da pesquisadora no campo de F2 e o acesso à metodologia dos PRs resultou em uma alteração do planejamento inicial quanto às metodologias adotadas, ainda que mantidos os mesmos objetivos e objeto de estudo. As entrevistas foram substituídas pelos PRs e a inclusão da observação participante realizada em 2014 na F1, ano de ingresso no doutorado, dada sua relevância para a pesquisa e que foi devidamente autorizada por TCLE.

Em relação à análise das necessárias transformações da educação médica e das consequentes transmutações nas últimas décadas, um viés de discussão importante ocorreu durante todo o trabalho, repercutindo no recorte temporal: a contextualização foi feita de modo longitudinal, posto que vários elementos foram necessários à sua compreensão, passando por 2014, ano de promulgação das novas DCNs, que propôs alterações significativas e implicações importantes na vida do estudante. Estendeu-se até 2016 com o recolhimento de PRs em F2. Para sistematizar motivações e objetivos; analisar documentos de relevância para alcançá-los; relacionar dados obtidos com os impactos sobre a saúde dos estudantes e os fatores que determinaram alterações e ainda determinam: a pesquisa explorou estruturas sociais, contexto político, investimento econômico e processo histórico. Essas análises levaram a autora a privilegiar certo ângulo de observação: isso foi necessário para que estudo qualitativo abarcasse o objeto. O que não significou desconsiderar suas outras faces, mas as entendê-las em sua totalidade, deixando a cargo de investigações futuras aqueles não analisados.

Por fim, os intentos desse trabalho foram assim resumidos:

> O que precisam, e o que sentem precisar, é uma qualidade de espírito que lhes ajude a usar a informação e a desenvolver a razão, a fim de perceber, com lucidez, o que está ocorrendo no mundo e o que pode estar acontecendo dentro deles mesmos. E essa qualidade, afirmo, que jornalistas e professores, artistas e públicos, cientistas e editores estão começando a esperar daquilo que poderemos chamar de imaginação sociológica. (...) A imaginação sociológica capacita seu possuidor a compreender o cenário histórico mais amplo, em termos de seu significado para a vida íntima e para a carreira exterior de numerosos indivíduos. Permite-lhe levar em conta como os indivíduos, na agitação de sua experiência diária, adquirem frequentemente uma consciência falsa de suas posições sociais. Dentro dessa agitação, busca-se a estrutura da sociedade moderna e dentro dessa estrutura são formuladas as psicologias de diferentes homens e mulheres. Através disso, a ansiedade pessoal dos indivíduos é focalizada sobre atos

> explícitos e a indiferença do público se transforma em participação nas questões públicas (MILLS, 1965 [1959]), p. 11 In: VELHO, 2006, p. 3).

Os fenômenos estudados foram considerados como dinâmicos, e em constante transformação, sendo trabalho da pesquisadora integrar estas mudanças ao método durante a pesquisa. Esse dinamismo não anulou os determinantes culturais, sociais, políticos, econômicos e ideológicos nos quais o universo pesquisado está imerso. Ao contrário, a escolha de cada fato pela percepção da autora foi um grande desafio para captar a interação, descobrir condições relevantes, responder às mudanças e identificar consequência das ações, conhecendo e construindo a partir desses dados colhidos.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1. UM POUCO DA HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Mais de dois séculos se passaram desde que Dom João VI fundou, na Bahia, a primeira escola de medicina do Brasil. Desde então, diferentes eventos aconteceram e afetaram o campo da formação e da profissão médica no país: o aumento da população e, em consequência, crescentes demandas sanitárias, o avanço tecnológico e científico, a ampliação das áreas de conhecimento, a multiplicação das especialidades, o surgimento das medicinas alternativas, o desenvolvimento de outras profissões no campo da saúde, e as necessidades de atenção e cuidados em saúde da população.

O contexto do desenvolvimento da medicina no Brasil facilita a compreensão dos desafios contemporâneos encontrados nesse campo. A educação médica, assim como suas implicações na formação do ingresso, desenvolveu-se como campo científico e acadêmico, paralelamente aos problemas da população brasileira. Só recentemente passou a ser exigido o atendimento das demandas em níveis locais, regionais e globais. Contudo, este processo deveria ter sido iniciado na logo na formação dos primeiros currículos. Destarte, não se pode negar os laços com as questões políticas e econômicas, desde sua fundação.

A criação da primeira escola de medicina brasileira ocorreu ainda durante o Brasil Império, em 18 de fevereiro de 1808[7], denominada Escola de Cirurgia da Bahia. Nesse mesmo ano, nove meses depois, iniciaram-se as atividades da Escola de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro (transformadas em Academia Médico-Cirúrgica em 1813). Ambas as escolas eram voltadas para o ensino de cirurgia, obstetrícia e

[7] Para facilitar a compreensão contextual optou-se por apresentar no Anexo 1, a descrição cronológica de fatos históricos, a contar da criação da Primeira Escola Médica em 1808 até o ano de 2014, quando foram promulgadas as novas DCNs para os Cursos de Graduação em Medicina pelo MEC. A razão deste recorte temporal deve-se a estes dois significativos marcos históricos.

anatomia, com ênfase especial em tudo que estivesse ao alcance dos sentidos e que pudesse ser, de algum modo, mensurável e traduzido em sinais e sintomas. Nesta mesma época, surgiram os primeiros institutos médicos. Os espaços de ensino eram os hospitais de caridade (AMARAL, 2007).

Desde o início, há registros de uma série de fatores que interferiam na configuração de ensino: uma conjuntura política e econômica que determinava direta e indiretamente sua existência, a localização geográfica, o vínculo jurídico e a organização acadêmica. A preocupação com a qualidade das instituições e a capacitação dos docentes surgiu apenas na metade do século XIX, quando o Governo Central requereu para si o monopólio e primazia do ensino superior e, com exclusividade, as faculdades de ciências jurídicas e médicas.

Com a mudança de regime político instaurado pelo Brasil República e os ideais de federalismo, a descentralização do ensino foi iniciada, a princípio, na educação fundamental. As Constituições de 1824 e 1891, que atenderam tanto ao Império quanto à República, tinham o mesmo conteúdo no que tange à educação. Enquanto isso, a Europa apresentava ao mundo um modelo de qualidade, nesse contexto, o Visconde Saboia visitou escolas médicas na França, Itália, Áustria, Bélgica, Inglaterra e elaborou um relatório (1842) que serviu de referência para produção do primeiro trabalho sobre formação em medicina (NEVES et. al, 2005).

A elite intelectual brasileira, composta por políticos, literatos, profissionais liberais, magistrados e estudantes, desejavam o padrão científico internacional. Acreditava-se que o crescimento civilizatório era dado pela ciência e, com este objetivo, foram criadas as Conferências Populares da Glória (também conhecidas como “Tribuna da Glória”), iniciadas em 1873 e que perduraram até 1910 (CARULA, 2007). As proposições destas Conferências deveriam ser de reconhecida relevância e não poderiam ser polêmicos para não gerar um pluralismo de opiniões sem possibilidades de consenso, como aquelas relativas aos campos da política e da religião. A sua finalidade era, portanto, a instrução popular, pois os debates fomentavam a venda de livros e um povo que lia era sinônimo de um povo instruído e mais capaz de promover a melhoria das condições de vida (CARULA, 2007).

Até dezembro de 1880, trezentos e cinquenta e cinco conferências foram realizadas abordando pontos de interesse cultural (literatura, teatro, história, educação, geografia, gramática) e científicos (biologia, medicina, botânica, matemática, física). Nesse sentido, vale destacar que o caráter popular da Tribuna

residia não no público das conferências, mas na discussão de temas de interesse popular, cuja função principal seria propagar o conhecimento científico. Contudo, os participantes das discussões eram da corte e as camadas mais pobres da população continuavam sem acesso ao saber.

As Conferências, de algum modo, aproximaram as escolas médicas. Em 1880, várias delas contaram com a presença de professores e alunos dos cursos de medicina que expuseram a precariedade do ensino médico no país, colocando em discussão temáticas de importância como: liberdade do ensino, criação de universidades, doutrinas médicas (anticontagionistas ou contagionistas, debate corrente àquela época), escassez de recursos, falta de material e infraestrutura (laboratórios, por exemplo), ensino teórico sem práticas ou exercícios de aprendizagem. Em relação à saúde, discutiram-se naquele ano a questão da higiene dos tuberculosos, a influência dos climas e da alimentação, uso abusivo de tabaco, febre amarela, ensino superior de medicina em termos teóricos e experimentais, meios práticos e econômicos para uma reforma do ensino médico, algumas áreas de abrangência médica – fisiologia, patologia experimental, microscopia – os problemas em relação à saúde mental dos alienados e o que eles representavam para a ciência médica, sociedade, família, autoridade e lei (CARULA, 2013).

A partir de 1850, alguns fatos históricos relevantes constituíram-se como marcos da história do Brasil, com repercussões significativas ao campo médico. O Decreto 8.024 de 12 de março de 1881 criou o curso prático de medicina com as cadeiras clínicas, uma vez que o aumento da demanda da assistência exigia a regulamentação de estudos práticos oferecidos pelas faculdades de medicina. Em 1884, criou-se o Estatuto das faculdades com a participação dos professores e, em 1885, surgiu a cadeira de medicina legal. Havia uma preocupação com forma e conteúdo dos conhecimentos, com a prática experimental e laboratórios, mas não com expansão, acesso e distribuição geográfica das escolas que se concentravam apenas nas capitais e eram oferecidas pelo governo.

O processo de abolição da escravatura, a promulgação da Lei Áurea (1888) e a ausência de um projeto de nação que incluísse os negros, ocasionaram um significativo aumento populacional nas cidades urbanas, ampliado com o incentivo à vinda de imigrantes que buscavam terras, trabalho e bens (LEITE, 1991). No eixo Rio de Janeiro-São Paulo, setenta indústrias se instalaram e se desenvolveram e, como consequência, o cenário urbano se alterou com o volume de trabalhadores, famílias e

escravos libertos, sem trabalho formal, colocando novas condições para as cidades que se tornavam cada vez mais insalubres com riscos de proliferação de males e propensão ao surgimento de doenças e contágios (peste bubônica e febre amarela).

O desenvolvimento das locomotivas alavancou a ascensão do tráfego férreo, favorecendo o trânsito entre as cidades e também facilitando que vírus e bactérias se espalhassem e contaminassem pessoas em outros lugares em períodos de tempo mais curtos.[8] A Proclamação da República em 1889 foi um marco de grande importância que traria novas formas de organização para a educação e saúde no país. A partir da mudança do regime federativo, a demanda social por educação aumentou, bem como a necessidade de recursos humanos.

Em 1891, ocorreu a descentralização do ensino: à União caberia criar e gerir instituições de ensino superior, enquanto que o Estado deveria se ocupar com a instrução secundária, criando um tipo de dualidade do sistema de ensino, e a reformulação das faculdades de medicina. Essas mudanças, apesar de significativas, não estavam na agenda de prioridades de reordenamento da Federação, já que não eram de ordem política ou financeira. No entanto, colaboraram para que houvesse a primeira reformulação das faculdades de medicina. Após 89 anos, cria-se mais uma Faculdade de Medicina no país, em 1897, agora em Porto Alegre, a primeira da região sul e a terceira do país. O ensino e a prática da medicina continuavam a ser atividade da elite.

1.2. AS ESCOLAS MÉDICAS NO SÉCULO XX

O início do século XX anunciou a realidade atual que a humanidade assiste: um avanço decorrente do desenvolvimento da ciência e tecnologia afetando diferentes áreas da vida humana e da própria ciência. A medicina foi uma delas. Algumas descobertas importantes imprimiram ao novo século uma grande expectativa em relação às possibilidades de solução para problemas de saúde relevantes na sociedade. Em 1900, chegou-se à descrição do sistema sanguíneo ABO e surgiu a psicanálise, pelas descobertas do neurologista Sigmund Freud. Em 1905, Binet e

[8] Avanços tecnológicos foram sendo incorporados, tal como descrito no Anexo 1.

Simon, na França, desenvolveram o primeiro teste de inteligência e criaram a primeira escala de medição de inteligência.[9]

A proliferação de doenças também era uma questão que afetava a medicina. Em 1904, no Brasil, ocorreu a Revolta da Vacina, um acontecimento decorrente da manifestação das classes populares contra a obrigatoriedade da vacinação de varíola e as condições em que era aplicada; exteriorizava-se, assim, um descontentamento com a política sanitária. Vale ressaltar, que naquela época as epidemias de varíola (entre outras doenças de rápida proliferação) eram frequentes e a possibilidade da imunização era uma esperança para conter o contágio e os agravos. Carlos Chagas, em 1911, divulgou os resultados de sua descoberta sobre o *Trypanosoma Cruzi* como parasita causador de uma grave infecção.

O Decreto 8.661, de 5 de abril de 1911, deu origem a Lei Orgânica Rivadaria Correa que resultou em novas regulamentações para as faculdades de medicina, conferindo autonomia e liberdade para as escolas e a criação do Conselho Superior, primeira estrutura colegiada, com a participação de diretores e docentes das Faculdades de Medicina. Também incentivou a abertura de cursos médicos em cidades com mais cem mil habitantes (AMARAL, 2007). Como resultado, em 1912, foi criada a Faculdade de Medicina do Paraná, a quarta do Brasil, e a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, hoje UNIRIO. O ano de 1913 marca a criação da Faculdade de Medicina de São Paulo, a primeira com uma vinculação jurídico administrativa estadual.[10]

O Relatório Flexner (1910)[11] afetou a expansão das escolas e as repercussões nas ideologias que norteiam o ensino médico podem ser vistas até os dias atuais. Pela sua grande importância, será discutido em tópico específico.[12]

1.2.1 O Relatório Flexner

Segundo Nunes (2010), Abraham Flexner empreitou uma investigação nas EMs, em 1909, visitando 155 instituições dos EUA e Canadá durante seis meses. Com

---

[9] O Anexo 1 detalha esses marcos históricos.

[10] O Anexo 2 apresenta um mapa com a distribuição das EMs por localização geográfica, regime jurídico e administrativo, no período de 1808 a 1948.

[11] Na construção desta tese, não tivemos acesso ao documento original. Fontes de comentadores foram pesquisadas e analisadas, a fim de lhe conferir o destaque na construção da tese mediante sua relevância histórica e suas repercussões no ensino médico até os dias atuais.

[12] O Anexo 3 apresenta uma imagem do Relatório e a sua respectiva fonte.

base em suas observações, elaborou um documento que ficou conhecido como Relatório Flexner. Após a conclusão desse estudo inicial, o autor retornou para a Europa, onde já residia e se dedicou ao estudo da formação em medicina na França, na Inglaterra e na Alemanha, que originou um novo documento. Mais tarde, em 1925, com base nos dois relatórios produzidos, comparou a situação das escolas na Europa e na América do Norte.

No início do século XX, os cursos médicos não precisavam de autorização estatal para funcionarem, o que ocasionou uma proliferação de escolas por todo os EUA sem critérios e padrões de qualidade. Haja vista o incomensurável valor do trabalho realizado por Flexner, considerando o tempo em que realizou as visitas, a quantidade das instituições e a distância entre elas (o que incorria em um tempo considerável para o deslocamento), não foi possível aprofundar os detalhes dos estabelecimentos nos planos físicos e acadêmicos. Embora superficiais, ele considerava as suas observações como “indicadores óbvios” (PAGLIOSA e Da ROS, 2008, p. 494), apesar de não ter utilizado um instrumento padronizado e validado para nortear sua investigação. Mesmo assim, as considerações realizadas por Flexner têm sido o parâmetro de creditação das EMs em todo o mundo ainda hoje.

Embora as ideias de Flexner não tenham sido originais, fez avançar ainda mais as mudanças que estavam em curso nos EUA, atingindo a educação médica em todo mundo. O objetivo de Flexner era conferir o título de universidade e programas de educação científica às EMs a partir da Reforma, baseando-se nas mudanças de realidade que o mundo atravessava, propondo a instalação de uma nova ordem de ensino e de prática. Uma das mudanças mais evidentes provocadas pelo Relatório foi a divisão do currículo oferecendo disciplinas básicas em ciclo inicial, enquanto que os estudos clínicos só viriam a posteriori, modelo este adotado atualmente pela maioria das EMs no Brasil e no mundo. O ciclo clínico deveria ser realizado nos hospitais e a doença, considerada como um evento natural e biológico.

Esse modelo provocou uma revolução na educação médica e produziu uma adaptação das EMs aos parâmetros científicos e econômicos da época, com ênfase na dimensão técnica, especialização do trabalho e fragmentação do saber. Essa tríplice mudança paradigmática foi suficiente para nortear a medicina nos parâmetros do modelo biomédico.

No âmbito internacional, o Relatório Flexner colaborou na reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas e, sobretudo, proporcionou a busca

pela excelência dessas. Por outro lado, eliminou completamente todas as propostas de atenção à saúde no nível primário e, com base no racionalismo científico, acentuou a dicotomia entre o aprendizado da medicina e a prática profissional, bem como suas aplicações e consequências nos serviços de saúde. Propondo uma postura cartesiana, a ciência médica acabou por substituir completamente a arte pela técnica; a formação médica tornou-se destituída de outras áreas de saber que colaboraram na compreensão dos determinantes da saúde como as dimensões sociais, culturais, públicas, psicológicas e coletivas. Provocou, também, a união da prática médica com a pesquisa experimental sob uma nova orientação. Por fim, situou o hospital como lócus privilegiado de aprendizado médico e não as comunidades ou outros locais para práticas de saúde.

Desde o século passado até os dias atuais, os resultados e as influências daquele Relatório vêm sendo discutidos por diferentes órgãos de saúde e educação ao redor do mundo, devido aos seus significativos efeitos sobre o campo médico. O ensino essencialmente laboratorial e teórico, ênfase nas especialidades e pouca aplicabilidade de conhecimentos são algumas das consequências e que compõem o que se convencionou chamar de modelo flexneriano. Esse novo ordenamento teve como premissa principal que os programas de ensino sejam baseados em critérios científicos e tecnológicos, fundamentados na observação e experimentação. Com isso, ao mesmo tempo em que colaborou com a reorganização e regulamentação do funcionamento de excelência das EMs, eliminou as propostas de atenção à saúde ao deslocar o cuidado do centro da atividade e priorizar a intervenção sobre a patologia: “as necessidades de saúde são tomadas como o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica” (PAGLIOSA e Da ROS, 2008, p. 495).

Passados mais de 100 anos da elaboração e divulgação do Relatório Flexner, as opiniões dividem-se entre grupos de defensores apaixonados por suas ideias e aqueles que julgam que esse documento nunca conseguiu promover uma formação profissional em saúde que atendesse às necessidades da população. Para expor essa dualidade, Pagliosa e Da Ros (2008) utilizam a expressão “para o bem e para o mal”, denotando que há pontos positivos e negativos no Relatório:

> Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo saúde doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum para as dimensões,

> social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão de amplo espectro da saúde, que vão 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 (PAGLIOSA; DaROS, 2008, p. 496).

A partir da década de 1960, muitas e acirradas críticas começaram a ser feitas ao setor saúde, instalando na medicina o que se denominou crise[13]. No entanto, esta situação não necessariamente invalida os progressos propostos por Flexner:

> O equívoco é deixar de compreender o momento em que esta Reforma aconteceu e as circunstâncias que a determinaram. Em meu entendimento ela foi absolutamente crucial para o desenvolvimento científico da profissão. Até então, o ensino médico era caótico, com faculdades que formavam em um ano, dois anos, que não exigiam ensino prático. Houve uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, já iniciadas no século passado, mas que tiveram um ápice com a publicação do Relatório Flexner em 1910 (REGO, 2000, p. 9).

1.2.2. As EMs após o Relatório Flexner

No cenário político internacional estourava a Primeira Guerra Mundial na Europa, no período de 1914 a 1918, e a Revolução na Rússia, em 1917. Ao mesmo tempo, no Brasil, ocorria a greve geral dos trabalhadores. Paralelamente, numerosos casos de Influenza e o surto de gripe espanhola foram notificados.

A Academia de Cirurgia fundada em 1808 transformou-se, cento e dez anos depois de sua inauguração**,** na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na Praia Vermelha, com instalações próprias e não mais em locais improvisados.

No contexto educacional, em 1915, a Lei Carlos Maximiliano conferia novos rumos para a organização do ensino médico. Aliás, deve-se ressaltar que a década de 1920 foi de profundas reformas educacionais, com a participação coletiva de professores, que resultaram nas Conferências Nacionais realizadas naquele período. Vale sublinhar que a Reforma Educacional Roch Vaz, em 1925, promoveu a fundação

---

[13] Nesse estudo, sempre que houver uma referência à crise da medicina, não será tomado o sentido pejorativo do vocabulário popular, mas o sentido que se relaciona com a etimologia da palavra. O substantivo crise vem do grego (krísis) e designa a ação ou aptidão de distinguir ou decidir com um sentido de ser algo difícil. Esta dificuldade, no entanto, não é da ordem do obstáculo, mas da mudança, do crescimento. Note-se que este mesmo termo, encontra-se na raiz da palavra acrisolar (que indica o movimento realizado pelo ourives para purificar o ouro). Portanto, crise remete a um momento crucial que pode levar à transformação, inclusive, em algo de mais valor do que o estado anterior.

da Faculdade de Medicina de Niterói, em 1926, atualmente agregada à Universidade Federal Fluminense (UFF).

Em 1924, foi criada a Associação Brasileira de Educação (ABE) que favoreceu o desenvolvimento de uma consciência educacional, diferentemente do papel do Estado em relação à educação e ao acesso à escola pública. Esses ideais que se expandiam pelo país foram aprovados na Constituição neste mesmo ano. Em 1930, foi criado o Conselho Nacional de Educação e, nesse contexto, a evolução da educação médica mantinha interfaces entre aparelho formador, organização do trabalho médico, profissão e sistema de saúde.

Por volta de 1929, o mundo passou por uma grave crise econômica, que ficou conhecida como a Grande Depressão dos EUA, que afetou a economia mundial, perdurando até os idos de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, iniciada em 1939 e finalizada em 1945 (SCHMIDT, 2005). Nesse período, apenas duas EMs foram criadas no Brasil: a Escola Paulista de Medicina, em 1933, incentivada pela sociedade civil, com vínculo federal, e a Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, em 1936, de vínculo estadual, atualmente UERJ.

Um marco de importância foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde, em 1941, que discutiu diversos temas relevantes à época: (1) Organização sanitária estadual e municipal; (2) Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; (3) Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e (4) Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. A realização desta Conferência foi motivada por questões relativas ao andamento dos serviços e para que o governo pudesse atingir empreendimentos em andamento (BRASIL, 1941).[14]

Em relação às Conferências Nacionais de Saúde (CNS[15]), é importante mencionar que desde o seu surgimento naquele ano, representavam ocasiões de abertura para reflexões e avaliações da situação da saúde e de formulação de propostas e diretrizes para as políticas públicas no país, além de terem por finalidade

[14]Ressalta-se que os ministérios da educação e da saúde eram um só naquela época.

[15] A relação nominal das Conferências encontra-se no Anexo 1 deste trabalho e um detalhamento delas (temas, datas, dados governamentais, relatórios finais), encontra-se em http://portal.fiocruz.br/pt-br/linhadotempo _conferenciasdesaude.

reunir cidadãos em defesa da garantia de direitos e da atenção às necessidades da população (BRASIL, 2017).[16]

O ano de 1948 constituiu-se como importante baliza para o campo da saúde com fortes repercussões para a educação médica. Após o fim da Segunda Guerra, em 1945, a Europa estava devastada e entre a população mundial havia um sentimento de desesperança generalizado. A Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada a fim de evitar que realidades piores do que aquelas voltassem a acontecer. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), criadas em 07 de abril de 1948, como uma entidade substitutiva da Liga das Nações e órgãos de importância mundial foram vinculados a ONU. Na sessão em que esse órgão foi criado, um novo conceito de saúde[17] foi delineado e vigora até os dias atuais. Outro documento de importância foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Resolução nº 217 A (III), da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, com a participação de representantes brasileiros que também assinaram o documento (ONU, 2017).

No Brasil e no mundo, naquele ano, havia, portanto, uma preocupação em elevar o nível sanitário. Neste intuito, foi realizada a Campanha Nacional de Saúde que conseguiu erradicar a malária, que estava rapidamente se alastrando pelos municípios e estados.

No primeiro Governo Vargas, a questão educacional profissionalizante estava vinculada ao processo de industrialização, à organização do trabalho e implantação do capital brasileiro, assumindo assim dimensões econômicas, sociais e políticas. Em 1950 foi inaugurada a 15ª EM na cidade de Sorocaba e, com isso, iniciou-se o processo de interiorização deste ensino, quebrando a tradição e monopólio das escolas sediadas nas capitais e, também, de privatização por ser a primeira que não era pública (AMARAL, 2007).

O quinquênio de 1949 a 1953 foi marcado pela primeira tentativa de estabelecer um planejamento econômico do Brasil. Para isso, houve uma soma de esforços para tratar de problemas nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia. Enquanto isso, na década de 1950, surgiram algumas publicações de Pedagogia Médica que

---

[16] Como exemplo destes objetivos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, destaca-se como um marco na história da saúde no Brasil. As discussões ali tecidas forneceram os fundamentos necessários à elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e criação do SUS.

[17] Mais adiante, no próximo capítulo deste trabalho, este conceito será discutido com maiores detalhes, quando o conceito de saúde mental será explorado.

visavam promover o crescimento do diálogo entre medicina e educação. A criação de outros Hospitais das Clínicas Federais vinculados às EMs, a realização do I Congresso Pan-americano de Educação Médica (Lima, Peru), em 1951, anunciaram as transformações marcantes que começavam a acontecer, seguidas de outros importantes eventos que se constituíram como importantes espaços de discussão: encontro com debate sobre educação médica no Brasil (Ribeirão Preto, 1952); I Conferência Mundial de Educação Médica (Londres, 1953) – preocupações com um currículo. O então presidente Juscelino Kubitschek convocou o ministro da educação para organizar uma comissão entre os ministérios, a fim de propor diretrizes ao ensino médico no país (AMARAL, 2007).[18]

Fatos de extrema importância nessa época, no cenário brasileiro, foram: a intensificação do processo de Interiorização das instituições de ensino médico nos estados de Minas, Rio Grande do Sul e São Paulo como o campus da USP em Ribeirão Preto, e o avanço do processo de privatização do ensino médico com a abertura das PUCs no interior de São Paulo e Belo Horizonte, e a Escola Baiana de Medicina em Salvador, seguidas, ainda, da promulgação da Primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1961[19] (LEITE; LEITE; BOTELHO, 2008). No cenário internacional, nos EUA e Canadá, em 1960, iniciou-se um movimento pela formação do médico de Família (KANIKADAN; MARQUES, 2013).

Na década de 1960, o cenário brasileiro teve como divisor o golpe militar que instaurou no país um regime ditatorial que perdurou até a década de 1980, época em que por interesses relacionados ao poder, houve uma acentuada explosão numérica de EMs em todo país. Em termos educacionais, em 1968, ocorreu a reforma universitária impulsionada por acordos entre o MEC e a United States Agency for International Development (USAID), uma organização que visava à implantação do regime norte americano nos países abertos para receber a ajuda e influencia norte americana por meio de incentivos financeiros. Naquela época, em termos de educação brasileira, o objetivo da parceria era fomentar o avanço educacional (AMARAL, 2007). De 1961 a 1976, quarenta e cinco EMs foram criadas**,** com intuito de acalmar o movimento estudantil, que exigia a criação de vagas nas instituições públicas. A OPAS, nessa década, incentivou o desenvolvimento de disciplinas básicas

[18] O Anexo 4 apresenta um mapa com a distribuição das escolas médicas de 1950 a 1980, com detalhamentos por localização geográfica, regime jurídico e administrativo.
[19] Uma relação das Leis educacionais brasileiras consta no Anexo 5.

nas EMs, estimulou a introdução de conteúdos preventivos e sociais. Para isso, propôs a criação de departamento de Medicina Preventiva. Também foi nesta época que a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) foi criada. FONTE

Enquanto isso, na América Latina desenvolvia-se a “Aliança para o Progresso”, um programa do governo norte americano, desenvolvido entre 1961 e 1969, com objetivo de oferecer ajuda econômica e social aos países subdesenvolvidos (FEUERWERKER, 2002). O programa verificou a carência de médicos, o que incentivou a expansão das EMs, na década de 1960 / 1970. Em 1963, havia 36 EMs no Brasil (sendo 26 nas capitais e 10 no interior; 31 de caráter jurídico administrativo públicas (oferecendo 3.617 vagas) e três privadas (com 594 vagas). No período de 1964 a 1967, 10 faculdades de medicina foram criadas. Em 1968, a Lei 5.540, da Reforma Universitária, sob o lema “Educação com Segurança”, colocou sobre a educação a responsabilidade de conter conflitos sociais, eliminar obstáculos ao crescimento econômico e implantar uma nova estrutura acadêmica (AMARAL, 2007).

No ano de 1980 surgiu o Movimento de Renovação Médica Nacional (REME) e teve início uma série de movimentos reivindicatórios em todo Brasil que mudou o campo da saúde brasileira de forma radical. A respeito do surgimento de EMs a partir desta década, pode-se observar que: de 1980 a 1988 apenas uma EM foi criada; no período de 1981 a 1996 surgiram oito EMs no Brasil. Já de 1997 a 2007, surgiram 83 faculdades.

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) foi fundada em 1962 e passou a organizar reuniões anuais, o que aconteceu até 1975; a partir de 1976 essas reuniões se transformaram em congressos anuais que acontecem até os dias atuais[20]. A partir da década de 1970, no bojo das transformações que se passavam na saúde coletiva, os temas dos Congressos da ABEM também se alteraram, demonstrando preocupação dos membros da associação com os currículos dos cursos.

O fato de em 1967 o mundo científico e, especialmente, a medicina, comemorar a realização do primeiro transplante cardíaco do mundo e, um ano depois, o mesmo procedimento realizado no Brasil incentivou atualizações nos conteúdos curriculares. Do mesmo modo, a aproximação com organizações internacionais incentivou e promoveu a criação de hospitais-escolas para atender às necessidades de ensino e o

[20] Encontra-se no Anexo 6 a descrição de todos os encontros e congressos da ABEM (COBEM), até o ano de 2016, por ano, data, local e tema.

surgimento dos departamentos nas EMs, seguindo as orientações do Relatório Flexner. Passou-se, a seguir, por uma tendência modernizante de adaptar as universidades ao sistema capitalista. A referência universitária serviria a esse fim com a tendência à privatização do ensino, cada vez com maior incentivo, para satisfazer os interesses estrangeiros e hegemônicos. Teixeira (1997/1977) explana sobre as consequências dessa expansão:

> Nem Humboldt, nem Newman, nem Flexner reconheceriam mais as suas respectivas universidades. A população de alunos que a procura é já muitas e muitas vezes superior a tudo que se pode imaginar. A famosa qualidade do estudante superior perdeu-se e com ela a qualidade dos estudos. O número de cursos e de ocupações para que prepara raia pelo inconcebível. A população de adultos, dos que voltam à universidade, para cursos e retreinamento sobe a dezenas de milhares (p. 228).

Na década de 1970, havia um clima de tensão entre classes, entidades e as próprias congregações das faculdades quando o assunto principal era referente às mudanças curriculares. A Comissão do Ensino Médico (CEM) criada em 1971, constituída por professores de todo o Brasil, tinha por missão avaliar a situação das EMs brasileiras e propor soluções para os problemas encontrados. As providências para as ações necessárias, por parte do governo, não foram tomadas e os benefícios da comissão ficaram restritos à: elaboração do primeiro texto oficial sobre a necessidade de articulação das escolas à rede de serviços**;** análise do crescimento desordenado das faculdades e precária situação de funcionamento de muitas delas; organização e continuidade dos internatos e das Residências Médicas (ROSA, 2001). No ano de 1976, setenta e cinco EMs existentes foram visitadas por esta comissão. Como retribuição, construiu um diagnóstico global da situação, verificou as tendências nas diversas áreas de aperfeiçoamento dos processos de avaliação e aferição da qualidade do ensino e, por fim, fiscalizou os cursos. Apesar do governo ter em mãos um minucioso levantamento das necessidades das escolas, foi priorizado “centralizar o processo de nomeação dos dirigentes das instituições de ensino superior federais e a reorganização do próprio MEC” (AMARAL, 2007, p. 13). Em 1977, regulamentou-se no Brasil, a Residência Médica.

Em 1974, Marc Lalonde, Ministro da Saúde Canadense produziu um Relatório que, de forma inovadora, associou o processo saúde-doença com estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais, alertou para o fato de que estes não eram fatores considerados no ensino médico, nas práticas profissionais, nos cuidados

e atenção à saúde e, por isso mesmo, não eram prioridades nas agendas de saúde dos países. Propôs, com isso, a ampliação do papel da medicina para além do tratamento de doenças, no diagnóstico e na cura, e o situou como de grande importância para a promoção da saúde populacional. Com intuito de dar uma resposta positiva, em 1978, a OMS realizou uma Conferência Internacional[21] para discutir a promoção de saúde, que acabou por se consolidar como um conceito que serve de amálgama à prevenção e educação à saúde, tornando esse feito um marco histórico no cenário mundial.[22]

O desenvolvimento da educação médica passou por diferentes fases: 1960 foi a década da expansão das escolas, 1970, época do desenvolvimento de conceitos e 1980, instituiu um novo tempo para a saúde do Brasil, com a Reforma Sanitária. Sobre esta década, o surgimento do HIV / AIDS no Brasil e no mundo foi de fato um assunto de importância para a saúde da população. O vírus, que rapidamente se tornou uma epidemia, também afetou a educação médica:

> A epidemia da HIV/AIDS impôs que o médico aprendesse a lidar com uma doença que, em curto espaço de tratamento, apresentava aspectos cruciais da vida humana: sofrimento, transcendência, ritos, morte, luto, preconceito, religiosidade, sexualidade, respostas sociais, políticas de Saúde, entre tantas outras. (...) O ensino médico, com o advento da epidemia da HIV/AIDS e da dengue, manteve o seu currículo, e assim ficou evidente a dificuldade e morosidade de operar mudanças e, mais ainda, a inadequação dos cursos médicos tradicionais, focados prioritariamente nas doenças tradicionalmente tratadas nos hospitais universitários que, na maioria das vezes, não refletem a realidade do perfil nosológico do País (AMARAL, 2007, p. 97).

Movido por interesses internacionais instaurados pela Conferência de Alma Ata (1978)[23] e as ideias de promoção da saúde integral, somados a outros acontecimentos no país em torno da previdência, assistência social e criação do INAMPS, os laços entre educação médica e saúde se estreitaram. Em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde discutiu a prática médica que continuava sendo curativa, especializada, excludente e desvinculada dos índices de morbimortalidade em torno de doenças que poderiam ser evitadas. Como consequência, em 1981, a abertura de novos cursos foi suspensa e a preocupação centrou-se na avaliação dos cursos existentes. O

[21] O Apêndice 1 contém um resumo das Conferências Internacionais realizadas pela OMS, dada suas relevantes repercussões no campo médico e consequentemente na formação em medicina.

[22] Mais adiante, o conceito de saúde mental será discutido, bem como a contextualização do conceito de saúde de uma forma geral, o que envolverá a discussão sobre as conferências internacionais de promoção da saúde promovidas pela OMS.

[23] No próximo capítulo, esta Conferência será abordada.

Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP) foram criados com o objetivo de reorganizar o atendimento médico, recolocar recursos e controlar custos. Em 1982, o poder público delimitou, assim, o início da atenção primária como porta de entrada de um sistema de referência e contra referência.[24]

Ainda em 1982, foi realizado o Primeiro Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, promovido pela MS/MEC/MPAS/OPAS. O Encontro teve como prioridade discutir o papel dos recursos humanos diante da implantação do novo modelo de atenção (ALMEIDA, 2007). Em 1983, foi criado o Programa de Avaliação da Referência Universitária (PARU/MEC) que vigorou até 1986, tendo como preocupação central a gestão das IES em termos de administração acadêmica, financiamento e política de pessoal. Também foi criado o Grupo Executivo para Reformulação do Ensino Superior (GERES).

O biênio 1982-1984 foi marcado por diversos acontecimentos: Reorganização da UNE; criação da I Conferência Brasileira de Educação; movimento “Diretas Já”; criação da Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES); elaboração do documento “Propostas para as Universidades Brasileiras”; e criação do primeiro Programa de Controle da AIDS. Nas EMs, o conhecimento sobre a natureza dos problemas humanos passou a ser incentivado, a partir das problemáticas suscitadas pelo surgimento do HIV. Mesmo diante do surgimento de novos problemas de saúde populacionais, as EMs não alteraram seus currículos (AMARAL, 2007).

Em 1985, notou-se um aumento representativo dos espaços democráticos. O Movimento Nacional de Referência Sanitária (MNRS) reivindicava a criação de um sistema único e público de saúde**.** Este discurso foi associado à abertura de vagas nas EMs, emprego no setor saúde, melhorias econômicas e outros fatores estruturais. Como resultado, foi priorizado no movimento da reforma sanitária: promoção, proteção e recuperação da saúde através de ações e serviços de natureza pública como dever do Estado; organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde gratuito, descentralizado para Estados e

[24] A preocupação em aproximar o ensino médico dos problemas da sociedade e suas necessidades nem sempre existiu, mas em alguns momentos tornou-se até mesmo, uma prioridade. Para chegar a este ponto, no entanto, foram necessários pouco mais de trinta anos, como será demonstrado adiante.

Municípios, com controle social[25]**;** subordinação do setor privado às normas do SUS e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público, diretriz de estatização progressiva, desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo e estabelecimento de pisos de gastos (BRASIL, 1987).

No início de 1980, o mundo passou por um declínio de desenvolvimento econômico, devido ao choque do petróleo em 1979. No Brasil, como consequência houve uma alta exorbitante da inflação, crise previdenciária, desemprego e baixo investimento do capital interno no país. O setor saúde passou a ser considerado o grande vilão da crise da previdência, colocando-a na pauta das discussões políticas e econômicas do Brasil.

Sem dúvida, a promulgação da Constituição Brasileira (1988), produziu mudanças significativas no cenário nacional e o campo da saúde foi impactado significativamente, como será demonstrado a seguir.

1.3. A década decisiva: 1990

No início do século, o relacionamento do Estado com a população se limitava a fazer campanhas de combate às doenças. Esta relação tomou rumos bastante diferentes com os desafios colocados pela Constituição (1988), colocando saúde e educação como direito do cidadão e dever do Estado. Como efeito, em 1990, a Lei 8080 originou o SUS, tendo por princípios fundamentais a equidade, integralidade e universalidade do serviço.

Apesar da repercussão produzida nos mais diferentes segmentos, saúde, educação técnica, superior e especializada continuavam desvinculadas das organizações dos serviços de saúde, necessitando redefinir práticas. Entidades como a ABEM promoveram (e tem promovido até os dias atuais) amplo debate sobre as necessárias mudanças e transformações na educação médica, desde 1962. Outro exemplo foi a formação de uma comissão interinstitucional[26] em 1990, por meio de um grupo de trabalho com representantes de várias escolas, que teve por objetivo avaliar

---

[25] Este conceito é compreendido neste trabalho segundo a definição de Ceccim; Feuerwerker (2004, p. 43): “direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde”.

[26] Pela importância desta comissão, os trabalhos realizados serão discutidos em tópico a parte, neste mesmo Capítulo.

o ensino médico no Brasil. Iniciativas do MEC também verificaram os mesmos problemas, entre eles:

> (...) baixa qualidade e qualificação dos professores. Baixa produção de conhecimentos, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico. Desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias, currículos arcaicos" (PAGLIOSA; DaROS, 2008, p. 497).

As alterações incipientes e as resistências múltiplas em torno das necessárias transformações formavam um complexo circuito de determinantes que iam desde o capital internacional associado à indústria farmacológica até o desinteresse de professores médicos pela formação de seus alunos, problemas estes que ainda continuam atuais.

As bases para as mudanças do ensino médico, integração entre MEC e MS, estavam colocadas em torno da reforma sanitária. No Brasil, por tradição, até mesmo as regulamentações dos hospitais universitários estavam ligadas aos órgãos responsáveis pela educação. O Ministério da Saúde tentava culpabilizar essa ingerência pela incapacidade das instituições médicas de formarem profissionais para atuarem de forma a melhorar os níveis de saúde da população. Foi veiculada, assim, a possibilidade de um exame da ordem para garantir que o estudante tivesse uma formação sólida. Mas essa proposta foi muito mal recebida pelos professores e estudantes que as consideraram injustas, já que só mediria os conhecimentos dos estudantes e não colocaria em questão a qualidade das escolas, suas estruturas acadêmicas e recursos disponíveis. Apesar disso, os Conselhos Regionais do Rio Grande do Sul e de São Paulo já propunham esse exame para emitir os registros aos novos médicos, mas não foi implementado.

Em relação à localização e regime jurídico das escolas, em 1994 houve um aumento considerável da interiorização e privatização das EMs:

> Na análise do ensino médico e a sua relação com a política de saúde é importante rever as diversas transformações setoriais na saúde que influenciaram o campo de estágio ou de prática dos alunos durante o processo de implantação do SUS. Na dimensão administrativa institucional um olhar para as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 foi suficiente para essa pesquisa (AMARAL, 2007, p. 115).

O Gráfico Nº 01 demonstra que, se em 1962 havia quatro EMs privadas, após a implantação da nova LDB (1996b), este número aumentou significativamente chegando a trinta e duas EMs, o que corresponde a um aumento de 700% nesse intervalo.

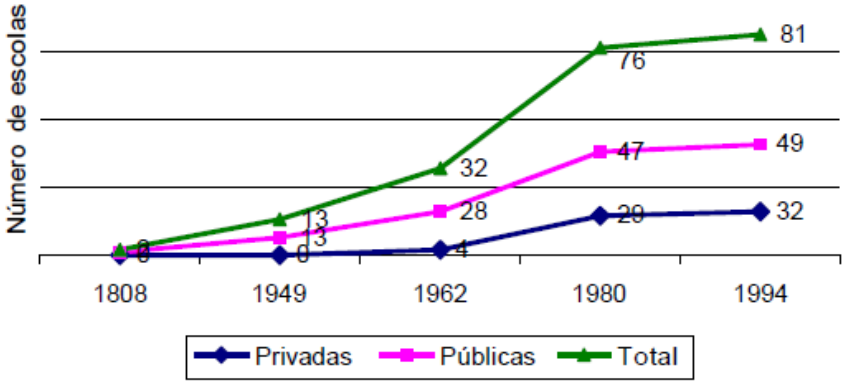


GRÁFICO Nº 01: Número de EMs por vínculo jurídico existentes (1808, 1949, 1962, 1980 e 1994).
FONTE: AMARAL (2007); MEC/INEP.

As propostas de implementação do SUS enfrentaram dificuldades inerentes à complexidade do novo modelo em seus princípios de descentralização. Pelo menos três aspectos principais puderam ser identificados nessa transição, segundo Médici (1994): (1) gradativa uniformização de honorários aos hospitais públicos e privados, universitários e filantrópicos; (2) criação, implantação e ampliação de sistemas de informações digitais centralizados, para acompanhar a produção e desempenho dos serviços de saúde nos municípios e estados, assim como colaborar na implantação de mecanismos de controle e avaliação; (3) estabelecimento de critérios de descentralização de recursos de custeio e de investimento, bem como a norteamentos para dar rumo às redes de saúde locais.

As NOBs de 1993[27] e de 1996[28] tiveram pontos comuns, entre eles, a promoção da integração de ações entre as três esferas de governo. Mas, especialmente a NOB

[27] A Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993, estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB), SUS 01/93 (BRASIL, 1993).

[28] A Portaria Nº 2.203, de 6 de novembro de 1996, estabeleceu a NOB 96, bem mais ampla do que a de 1993, promoveu um grande avanço no processo de descentralização, caracterizando as responsabilidades sanitárias das entidades governamentais e dos cidadãos, e redefinindo as competências dos estados e municípios. É considerada como um grande avanço e um salto em relação à qualidade da assistência à população (BRASIL, 1996a).

96, influiria indiretamente no ensino médico ao propor a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o país, com maiores coberturas nas regiões norte e nordeste (80% e 40%, respectivamente), centro-oeste (30%) e menores nas regiões sul e sudeste. Estes Programas surgiram com a finalidade de reorientar o modelo assistencial[29] que surgiu a partir da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), que passou a tomar a atenção básica cmo porta de entrada do sistema de saúde, uma vez que diante da complexidade do mundo contemporâneo, o modelo hospitalocêntrico demonstrava limitações. A assistência passou a privilegiar os problemas familiares, grupais ou comunitários como uma nova forma de agir e intervir no campo da saúde, não mais preferindo as doenças ou os indivíduos doentes.[30]

Essa mudança não foi isolada, aconteceu também em diferentes países – Cuba, Canadá, Suécia e Inglaterra – e serviram de inspiração e referência ao modelo brasileiro. Como equipe mínima de trabalho estava previsto a presença do médico:

> É recomendável que a equipe de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um *médico de família ou generalista*, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 1997, p. 13 – grifos nossos).

Ao longo do seu desenvolvimento, esse Programa deixou de ser entendido como tal por fugir às características verticais e isoladas dos programas de saúde governamentais, e passou a ser considerado como estratégia[31] para possibilitar e

---

[29]Neste trabalho, compreende-se modelo de assistência e atenção como: (...) "um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia" (CAMPOS, 2007, p. 266).

[30] O Anexo 7 apresenta um mapa com a distribuição das EMs no período 1981 a 1996.

[31] A nomenclatura Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada a partir da reformulação do PSF, cuja definição dizia respeito ao fomento de um modelo de assistência em saúde baseado em ações de promoção de saúde individual e de famílias através de equipes de multiprofissionais inseridas nas comunidades. A partir de 1994, vários outros documentos foram sendo produzidos e em 1996 adotou-se o novo nome, que explicitou com mais clareza o objetivo de resgatar os princípios do SUS, bem como redirecionar as práticas pautadas no modelo hospitalocêntrico para a efetiva implantação de um modelo de promoção de saúde. Estes dois momentos deixam claro uma mudança significativa: até 1996, o programa visava dar atenção a vulnerabilidades por meio de convênios; a partir de então, passou a ser uma estratégia de reordenamento do modelo assistencial baseado, entre outros, na descentralização do financiamento da saúde (AGUIAR, 2015). Em 2006, novas reformulações

promover a integração e organização de ações em território previamente definido com base nos problemas encontrados, para enfrentar e resolvê-los.[32] Àquela época, no entanto, ainda não havia propostas de mudanças no ensino médico que pudessem colaborar para alterar o modelo assistencial. As práticas dos serviços e promoção da saúde e a formação do médico corriam, então, em paralelo.

Ainda em relação ao surgimento e expansão das EMs, no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1995, havia 81 EMs no Brasil, totalizando 8.850 vagas (40 nas capitais – maioria pública – e 41 no interior – maioria particular), sendo 17 cursos oferecidos em faculdades isoladas, 61 vinculados a universidades e 3 a centros universitários, como se pode ver no Gráfico abaixo:

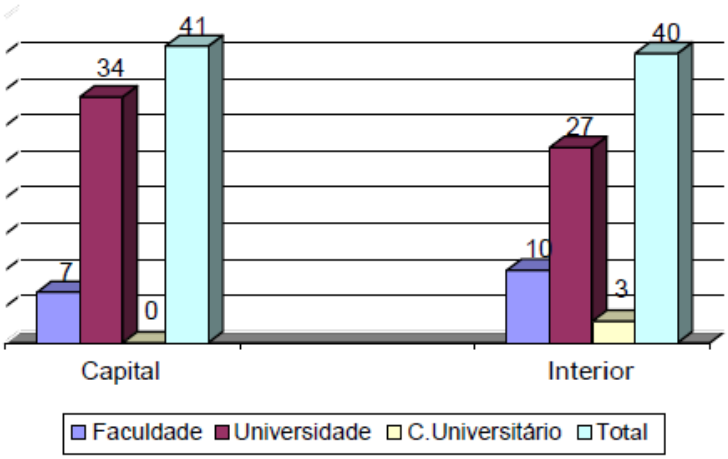


GRÁFICO Nº 2: Número de EMs por organização acadêmica e localização capital e interior (1995).
FONTE: Amaral (2007); MEC/INEP.

Em 1996, foi promulgada a Nova LDB (BRASIL, 1996b) que tinha como preocupação central do estado a avaliação do ensino**,** com isso, instituiu o "Provão" no ensino superior. A partir desse fato, houve uma explosão do ensino privado no

---

foram realizadas em torno do fortalecimento e reorganização das políticas públicas da atenção básica, consideradas como porta de entrada do SUS. Para o Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais trata-se de estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, aprofundamento de princípios, diretrizes e fundamentos, bem como ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Outro ponto importante foi o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (FONTE: saúde.gov).

[32] Mais adiante, será discutida a formação e a importância de uma comissão interinstitucional (CINAEM) para implementar as discussões em torno das necessárias transformações da educação em medicina, bem como sua influência na promulgação das diretrizes nacionais para os cursos de graduação em medicina de 2001, para atender às novas políticas de saúde nacionais.

Brasil que teve repercussões na abertura de EMs. Naquele ano, 84 instituições ofereciam 9.099 vagas em todo o território nacional. A nova Lei contou com um período preliminar de ampla discussão, edições de portarias, decretos, medidas provisórias e leis setoriais, elaboração e estabelecimento de diversos instrumentos infraconstitucionais. As diretrizes e bases para o ensino superior foram frustradas por uma proposta considerada como minimalista que respondia a interesses internos do governo, e acabou por ser o protagonista de todo o processo:

> Apesar das inovações introduzidas, ela [a nova LDB] omite aspectos e dimensões da maior importância para as instituições de ensino superior (IES), os estudantes e os professores, o ensino e a pesquisa. Tal frustração é contrabalançada (ou reforçada?) pela pletora de leis, decretos e portarias que antecedem e sucedem a LDB, de modo que chamei o projeto que lhe deu origem de uma *lei minimalista*. Em vez de traçar diretrizes para a educação nacional, assentada em bases sólidas, o projeto do senador Darcy Ribeiro foi sendo modificado para se adaptar às medidas parciais do MEC, relativas ao CNE, à escolha dos dirigentes, ao ensino técnico, à avaliação universitária, e a outras, fosse mediante a incorporação de certos dispositivos, fosse pela mera supressão do antes estipulado (CUNHA, 1997, p. 21 – grifos nossos).

Até 1996, 70,44% das EMs privadas concentravam-se no interior das regiões sul e sudeste, representando 36,90% das 84 escolas existentes no país (AMARAL, 2007). Desta época até o final do Governo FHC, a expansão das EMs foi inevitável e provocou o questionamento sobre a abertura de escolas, sem a devida fiscalização e avaliação da qualidade da formação oferecida, o que resultou em um descrédito público a respeito do exercício da medicina. Essas e outras questões, como o fracasso nas tentativas de implantação de um currículo mínimo comum aos cursos, motivaram a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), em 4 de março de 1991, que tinha por objetivo principal construir uma agenda política favorável às necessárias mudanças no ensino médico.[33]

Por um lado, a autonomia universitária criou uma proteção contra intromissões alheias e indevidas à ciência e à vida acadêmica. Por outro, teve como efeito colateral o indesejável abismo entre formação e campo de trabalho em sua realidade cotidiana, bem como das condições de saúde da população como um todo e do compromisso social e epidemiológico que deveriam ser suas premissas. No campo da saúde e na medicina, as consequências deste fato foram devastadoras:

[33] O tema será abordado no próximo tópico.

> Mesmo as transformações concretas da modelagem assistencial que caminha em todo o mundo na direção de um modelo mais holístico e promotor da saúde *encontra retardo para penetrar nas instituições de ensino*. Ali, a reprodução de modelos de práticas pretéritas muitas vezes ainda prevalece. Superar um modelo biologicista, unicausal e centrado exclusivamente no biológico é um grande desafio hodierno. *A substituição da cura pelo cuidado de caráter mais holístico, baseado na percepção de que o adoecer e morrer são imbricados fortemente na qualidade de vida é um desafio que se coloca para o futuro*. E tal situação é certamente agudizada pelas possibilidades tecnológicas que se abrem, pela miniaturização e vulgarização de muitas tecnologias e pelo surgimento tanto da autoeducação quanto do autocuidado (BRASIL, 2006, p. 7 – grifos nossos).

Com pouco mais de dez anos da promulgação da Constituição e do SUS, alguns estudiosos e profissionais da saúde já consideravam:

> Apesar de a Constituição Federal de 1988 já indicar que o SUS deveria cumprir o papel de "ordenar" o processo de formação profissional na área da saúde, isso não se tem traduzido numa pr+ática institucional. Os instrumentos de poder de que dispõe o sistema de saúde para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos no país até o momento não foram utilizados. A *desarticulação* entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para *acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS*. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde. A inserção parcial dos hospitais universitários na rede do SUS reforça esse distanciamento, agravando as distorções (CAMPOS et.al., 2001, p. 54 – grifos nossos).

1.3.1. A CINAEM

A CINAEM foi um projeto que envolveu um conjunto de pessoas que instauraram e construíram um processo de avaliação do ensino médico brasileiro entre 1991 e 2001. Os documentos elaborados foram partilhados com transparência e acessibilidade para que aqueles que não participaram do dia-a-dia da pesquisa pudessem, também, participar das discussões das temáticas ali abordadas:

> Esse movimento inédito [da CINAEM] na representação de soma de poder para avaliar e implementar mudanças se desfez no início da entrada do novo milênio, deixando um espaço de desafio para a construção histórica das transformações que a contemporaneidade requer (LAMPERT, 2008, p. p. 32).

Registra-se aqui a hierarquia de prioridades no agendamento de questões educacionais nas quais o ensino médico goza de certa prioridade (VIANA, 1996). As discussões sobre as necessárias transformações na educação médica tinham em

geral o foco nos conteúdos relacionados ao desenvolvimento das competências essenciais para as diversas especialidades, remanejo das disciplinas e/ou revisão de carga horária (GALLO, 2000). A Comissão, por sua vez, primava por uma avaliação ampla e abrangente de diferentes temáticas envolvidas na formação do médico, diferenciando-se de algumas entidades (CFM, ANDES) que estavam voltadas apenas para questões políticas internas que a colocavam como um subtema.

Formada por onze entidades – entre as quais somente a ABEM e a DENEM tinham por finalidade exclusiva o ensino da medicina – a Comissão objetivou realizar uma avaliação de tópicos estruturais que possibilitassem a construção e o estabelecimento de uma agenda coerente com as políticas públicas de saúde voltadas para os cidadãos e de um calendário de atividades.

Entre 1991 e 1996, a Comissão realizou, mensalmente, 48 reuniões de colegiado; organizou cinco oficinas de treinamento; cinco Fóruns Nacionais de Avaliação do Ensino Médico (FNAEM) e um Encontro Nacional das Escolas Médicas (ENEM), que ampliaram o contato das entidades com o projeto de avaliação. As faculdades do Programa UNI[34] (Marília, Botucatu, Londrina, Bahia, Natal e Brasília) colaboraram com o apoio e com a realização das oficinas de implantação e as de acompanhamento. A Tabela 1 foi construída com o objetivo de apresentar o cronograma desses acontecimentos.

Os resultados das autoavaliações realizadas pelas 78 EMs participantes foram divulgados no II Fórum, realizado em Londrina (1992). Os primeiros resultados que compuseram a primeira fase do Projeto CINAEM demonstraram que o Brasil tinha, até aquele ano, 80 EMs. Quanto ao perfil das escolas participantes, Amaral (2007) afirmou:

> Das 78 EM participantes da CINAEM, 43,40% eram privadas, 39,50% federais, 14,50% estaduais e 2,60% municipais, totalizando 56,60% de escolas públicas, demonstrando a adesão ao protocolo independentemente do vínculo jurídico. Quanto à organização dos cursos, na maioria das EM o curso estava dividido em dois ciclos distintos, não havia uniformização do ensino, os currículos eram centrados na doença e não permitiam ao aluno uma visão integradora do indivíduo e de sua inserção na sociedade (AMARAL, 2007, p. 143).

[34] O Programa UNI, cuja sigla designa "Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade" foi uma iniciativa da Fundação W. K. Kellogg, implantada em 1993, em Botucatu. Pressupôs um esforço de cooperação entre a Universidade, serviços locais de saúde e organizações comunitárias, como o objetivo de apoiar o desenvolvimento integrado de modelos inovadores de ensino, dos sistemas locais de saúde e da ação comunitária (MACHADO; CALDAS Jr; BORTONCELLO, 1997).

TABELA Nº 01: Fases da CINAEM

ANO	REUNIÕES	EVENTOS
1991	06	I Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Campinas/SP, XXIX Congresso da ABEM.
DECISÕES		
O I Fórum aprovou o questionário de avaliação da 1ª fase.		
ANO	REUNIÕES	EVENTOS
1992	08	II Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Londrina/PR.
DECISÕES		
Resultados finais da 1ª fase da Avaliação e início da 2ª fase.		
ANO	REUNIÕES	EVENTOS
1993	07	III Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em São Luís/MA.
DECISÕES		
Divulgação da proposta do projeto da 2ª fase 1º módulo.		
ANO	REUNIÕES	EVENTOS
1994	09	IV Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Niterói/RJ.
DECISÕES		
Fechamento da estratégia de implantação e deflagração da 2ª fase.		
ANO	REUNIÕES	EVENTOS
1995	10	V Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Porto Alegre/RS.
DECISÕES		
Realizadas quatro oficinas, em conjunto com o Projeto UNI: duas de implantação (junho em Botucatu/SP e agosto em Salvador/BA) e duas de acompanhamento (setembro em Londrina e outubro em Natal).		
ANO	**REUNIÕES**	**EVENTOS**
1996	08	VI Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Salvador/BA – início do Teste Cognitivo, com adesão de 48 escolas.
DECISÕES		
I Encontro Nacional das Escolas Médicas do Projeto CINAEM em agosto.		
ANO	**REUNIÕES**	**EVENTOS**
1997	08	II Encontro Nacional das Escolas Médicas do Projeto CINAEM em agosto. VII Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Uberaba/BA.
DECISÕES		
Divulgação dos resultados da 2ª fase – Primeiro Módulo.		
ANO	**REUNIÕES**	**EVENTOS**
1998	08	VIII Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico em Campinas/SP.
DECISÕES		
Iniciada a 3ª fase do Projeto: transformação das escolas médicas.		

FONTE: CARVALHO, 1998. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cinaem/Anexo_06.htm

Em relação à docência médica verificou-se que menos de 38% possuíam título de pós-graduação (mestrado, doutorado e livre-docência), com pouco ou nenhum incentivo à pesquisa. Os modelos pedagógicos, em geral, eram tradicionais; os recursos humanos críticos; o contato com a comunidade deficiente e incipiente, demonstrando pouca integração entre ensino, pesquisa, extensão e assistência. Verificou-se que a qualidade do ensino foi afetada pela expansão desregrada; identificou-se, como os dois principais problemas no perfil do egresso de medicina, os recursos humanos e o modelo pedagógico, colaborando para definir as prioridades das próximas etapas de trabalho da Comissão.

Duas polêmicas surgiram nessa primeira fase: (1) representantes do CREMESP e da AMB sugeriram que a Comissão colaborasse para a instituição de um Exame de Ordem, mas essa sugestão não foi aprovada; (2) os representantes das entidades dividiram suas opiniões em relação à divulgação dos resultados finais da autoavaliação, pois alguns defendiam a apresentação de resultados gerais e outros, de resultados individualizados:

> A 1ª Fase do projeto não estabeleceu classificação, ou mesmo juízo de valor numérico sobre as escolas. Seu grande mérito foi a formação de uma rede nacional de docentes, discentes e membros da sociedade civil capazes de refletir de forma qualificada e permanente sobre a prática médica cotidiana, as novas experiências educacionais e a reformulação contínua do exercício profissional (AMARAL, 2007, p. 145).

A segunda fase da CINAEM estendeu-se de 1993 até 1997 e se caracterizou por uma avaliação do cerne das escolas, tendo seus resultados apresentados por meio de um relatório final, no II Encontro Nacional das Escolas Médicas (1997). Foram avaliados os seguintes tópicos: atuação e composição do corpo docente; modelo pedagógico, gestão e infraestrutura. A docência não era uma atividade única nem a principal para a maioria dos médicos professores**,** geralmente vista como um complemento. Amaral (2007) considerou sobre esta questão:

> Quando se associava satisfação pessoal com o salário, mais os ganhos extradocência, 76,40% estavam satisfeitos com a situação financeira geral e apenas 20,60% com o que recebiam nas EM. Apenas 34% estavam satisfeitos com os salários, considerando-se todas as faixas etárias e tempo de docência. Quando comparados os salários de docência com o total recebido mensalmente, para 20,20% dos docentes representava 100% de sua renda mensal, para 10,30%, representava entre 51% a 99% de sua renda mensal; e para 44% o salário atingia 25% dos seus ganhos mensais (AMARAL, 2007, p. 147).

Quanto à formação durante o internato, foi verificada na avaliação prática dos 2.114 alunos participantes ali matriculados, uma inabilidade para considerar a pessoa do paciente: 50% dos estudantes não se apresentavam a eles antes das consultas, não explicitavam a conduta adotada e não realizavam devoluções sobre diagnóstico ou prognóstico. Todo aprendizado nos anos anteriores falhou no desenvolvimento de habilidades e competências relacionais, no plano da ética médica e das relações humanas. Uma visão funcionalista do processo saúde-doença era perpetuada e procedimentos simples no exame clínico dificilmente eram executados (AMARAL, 2002).

Os resultados referentes à avaliação da gestão e da infraestrutura das EMs foram: infraestrutura inadequada e degradada, condições de trabalho desfavoráveis, corpo docente insuficiente, gestão burocrática, autoritária e vertical, péssima cultura organizacional, resistência às mudanças, distanciamento da sociedade, pouca ou nenhuma relação com as comunidades locais, inexistência de diálogo e baixa integração com os serviços e os diversos segmentos da própria comunidade acadêmica:

> O trabalho da CINAEM evidenciou a importância da EM no processo de ordenação de recursos humanos para a saúde, ao mesmo tempo que reforçou a percepção de que, até aquele momento, as agendas políticas da saúde e da educação eram independentes e existia premência de se estabelecerem pactuações entre elas. Apontou ainda para a criação de política pública contrária à proliferação das EMs. Foi possível verificar que as estruturas curriculares estavam inadequadas à realidade da saúde da população, e que a situação do ensino médico guardava coerência com todo o ensino superior brasileiro (AMARAL, 2007, p. 148-9).

A terceira etapa da CINAEM foi considerada uma nova fase (CARVALHO, 1998) rumo a uma almejada transformação do ensino médico, por meio de estratégias para sobrepujar as insuficiências verificadas nas fases anteriores. Depois da divulgação das conclusões da segunda fase, em 1998, de que o ensino médico foi considerado deficiente e incipiente, tanto na qualificação docente, quanto no processo de formação, havia uma urgência nas transformações (CARVALHO, 1998).

Nas fases anteriores de trabalho, a CINAEM traçou amplo diagnóstico sobre a situação das escolas em relação a docentes, estudantes, gestores, currículos e modelos pedagógicos, através de discussões interinstitucionais. Esperava-se avanços que promovessem incremento do conhecimento dos formandos e de novas estratégias pedagógicas para esse fim; ampla transformação do ensino médico

brasileiro, bem como as próprias escolas, com a finalidade de promover uma formação adequada às necessidades contemporâneas.

A Comissão, em seus fundamentos, teve por premissa o desvelamento da relação complexa que se estabeleceu entre medicina e sociedade do século XX, desnudando, em consequência, discrepâncias entre o modo de aprender/saber medicina e a forma de praticá-la.

Quatro linhas de ação foram definidas: (1) avaliação transformadora com ampla discussão entre docentes e discentes; (2) profissionalização e qualificação da docência médica; (3) articulação entre essas categorias para gerir a necessária transformação; (4) intervenção sobre os processos de avaliação e gestão, decorrente das mudanças provocadas pelas etapas anteriores. As escolas foram convidadas a criar um núcleo de gerenciamento desse processo, cujos componentes apresentassem a capacidade técnica necessária para avaliar o currículo, os corpos docente e discente.

Nas fases anteriores, já havia sido verificado que a formação do médico era deficiente no sentido de não estar vinculada ao compromisso com a realidade da saúde da população, os conteúdos priorizavam o atendimento em alta complexidade e eram desintegrados das necessidades públicas. O ensino do SUS era incipiente; os interesses econômicos e políticos condicionavam o ensino, a pesquisa e as práticas médicas, as condições de infraestrutura encontravam-se sucateadas e inadequadas**;** e, por fim, os professores não eram capacitados para a docência.

Em uma análise global, a CINAEM verificou que a situação do ensino médico ficava ainda mais complicada com o pouco comprometimento do governo com a educação. Como resultado, inúmeros problemas foram percebidos, entre eles, o crescimento desordenado das EMs com fins comerciais, sem ou com pouco estímulo à pesquisa e à iniciação científica. Suas propostas dependiam da vontade política de diferentes partes governamentais e das entidades médicas, em um esforço coletivo; esperava-se assim que todo o processo avaliativo levasse a isso.

Quanto ao corpo docente, constatou-se que a maioria dos professores não era capacitada para o exercício da docência, pesquisa, gestão ou administração. Verificou-se um desestímulo generalizado relacionado a desníveis salariais injustificados, condições inadequadas de trabalho, burocracias e ineficiência nos processos de gestão, gerando pouco interesse e comprometimento de alunos,

professores e gestores em relação ao enfrentamento, diálogo e resolutividade dos problemas das escolas e do ensino médico.

Como resultado, os estudantes recebiam uma formação pouco qualificada, já que um grande número de egressos demonstrava deficiências em aspectos básicos do conhecimento médico, tanto em habilidades como em atitudes. A formação humanista e ética era precária e incipiente, em sua maioria, provocando uma descontextualização e pouco envolvimento destes com a população em geral e com os pacientes em particular, instaurando um ciclo difícil de ser modificado.

Mudanças em torno da avaliação do aprendizado dos estudantes também foram preconizadas, de forma a verificar o crescimento cognitivo e o conhecimento adquirido ao longo do processo de formação Para isso, definiram-se objetiva e precisamente as características necessárias ao médico brasileiro, qual a escola médica que se necessitava para obter essa formação, qual o processo de formação compatível ao alcance deste objetivo, qual o perfil do docente para essa tarefa, bem como o caminho a ser trilhado na trajetória das mudanças.

A expectativa dessa terceira fase, que se estendeu de 1997 a 1999, era o alcance de maturidade política, já que se havia avançado em pontos fundamentais e que o trabalho da Comissão já era considerado “como processo investigativo de alta qualidade científica” (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 11). Agora, o desafio era manter e ampliar o movimento social de transformação na educação médica, por meio da intensificação do trabalho de construção coletiva de estratégias e ações rumo à efetivação de mudanças, sustentando novos paradigmas capazes de promover a formação do médico adequada às demandas sociais contemporâneas. Núcleos de educação médica em cada escola foram formados e uma agenda regional e nacional de eventos foi construída, a fim de possibilitar a socialização das experiências singulares exitosas.

Consolidaram-se os quatro grandes eixos da transformação verificados e delimitados nas fases anteriores: novo processo de formação, profissionalização da docência médica, gestão e avaliação transformadora. Em relação ao primeiro, novo processo de formação, foram tecidas discussões com ênfase na comunidade, nas pessoas e suas necessidades para que o médico pudesse: “potencializar a exigência de um profissional operando um complexo conjunto de saberes, categorizáveis didaticamente nos momentos: *compreensão, significação e intervenção*” (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 12 – grifos nossos). Estes momentos, durante o novo processo de

formação, deveriam ocorrer de forma integrada, desenvolvendo uma habilidade diferenciada de lidar com os pacientes. Após compreender essa forma de trabalhar com as pessoas, o estudante passaria para a etapa de significação, que consistia em contextualizar elementos semiológicos clássicos às necessidades dos pacientes. Em seguida, passar-se-ia à intervenção, utilizando os elementos práticos de exercícios, conteúdos éticos, humanísticos e dos saberes tecnológicos centrais, nesse caso, a clínica e a epidemiologia:

> Nesse processo, pautado pela incorporação e utilização do conhecimento numa dada realidade com a finalidade de atender às necessidades de um indivíduo em singularidade, se *requer um contato continuado e maior entre orientador e aluno* e, de ambos, com os pacientes, o que recupera a profunda dimensão relacional que deve presidir todo o processo de ensino/aprendizado. Entre os instrumentos propostos para este eixo da transformação, identificam-se a ampliação da compreensão do processo saúde-doença numa dimensão que vai muito além do biológico; a redefinição do instrumental da semiologia e sua ampliação, com a agregação de outros instrumentos significantes, como os oriundos da área da saúde mental e da saúde coletiva, na *significação do sofrimento humano*; a utilização mais cotidiana dos conteúdos das ciências biológicas, comportamentais e sociais, na solução dos problemas e das necessidades de saúde dos indivíduos e populações. E, finalmente, é proposta a ampliação do tempo dedicado à *intervenção prática em situação real*, *superando os limites "medicalizantes" que a têm restringido*, inclusive a partir de uma *nova definição das competências do médico* – ampliadas e plenas de significados por seu novo objeto: o indivíduo em sua plenitude social e de subjetividade, na sua expressão enquanto portador de complexas necessidades de saúde – e de sua *prática reconstruída*, pela inserção no trabalho de equipe em saúde (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 12 – grifos nossos).

O segundo eixo, a profissionalização da docência médica, foi reconhecido como central para o alcance das transformações pretendidas, mas, ao mesmo tempo, colaborou para a manutenção do atual padrão de EM caracterizado pela adocracia:

> As escolas médicas são organizações fortemente constituídas pela lógica adocrática, ou seja, são organizadas como lugares extremamente atravessados pelo domínio de saberes e práticas, particularizados, segmentados e especializados, e que negociam tais domínios em torno dos processos pedagógicos e da capacitação profissional dos médicos, no caso, também docentes; ocorre que, dentro de uma cultura adocrática numa organização, os especialistas, agrupados em núcleos, tendem a privatizar os espaços públicos e a não prestar conta do que fazem, a não ser para os seus pares. Numa situação como essa, tais núcleos de especialistas, quer em grupo, quer individualmente, vão exercendo enorme autonomização, subordinando e tornando secundários os espaços coletivos que podem ordenar outros sentidos para o agir coletivo da organização (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 8).

Para mudar esse modelo, a proposta da Comissão era investir na capacitação docente – melhoria de titulação e qualidade da atividade no processo de ensinagem –, de modo a possibilitar que a docência deixasse de ser um *plus* no orçamento e passasse a ocupar o lugar de atividade produtiva. Nesse novo modelo, o professor de medicina deveria ser não apenas o especialista, mas alguém preparado do ponto de vista didático e pedagógico. Além disso, também deveria ser privilegiada a questão da vinculação institucional atrelada tanto à conexão entre professor e escola, como também à integração docente / ensino / serviço.

O terceiro eixo, a gestão transformadora, pautou-se nos mesmos pressupostos da docência para enfrentar os problemas relacionados à escassez de qualificação dos gestores, o sucateamento da infraestrutura, recursos financeiros incipientes, planejamento e direção desorganizados, burocracia, ineficiente e descontínua, ausência de avaliação dos processos de trabalho. A sugestão mais incisiva da Comissão para a construção desse novo modelo de escola e educação médica foi o desenho de um novo projeto institucional. Isso deveria acontecer por meio de construção coletiva, com delimitação de prioridades, formação de rede solidária, socialização de experiências, encaminhamento de políticas comuns, seguidos de outros igualmente importantes – implantação de um modelo colegiado de gestão com representações docente e discente.

O quarto e último eixo considerou que a avaliação transformadora deveria continuar sendo o ponto de partida das transformações pretendidas conferindo-lhe uma amplitude maior que suplantasse o modelo que vigorava e apenas classificava ou selecionava, de forma a “permitir a retroalimentação permanente do processo de educação médica, em uma estratégia de amadurecimento cognitivo, afetivo, psicomotor e social dos avaliados” (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 14). Novas metodologias, consequentemente, necessitavam ser construídas e aprimoradas. Instrumentos avaliativos discentes e docentes foram estabelecidos para fins de norteamento das escolas participantes.

Com esses novos paradigmas para nortear a educação médica no Brasil, a Comissão adentrava o século XXI com a possibilidade concreta do alcance de sua meta – a transformação do ensino médico – na sua Fase IV, o que não se concretizou:

> Para uma certa fração de seus apoiadores, o movimento parece ter ido longe demais e, em um jogo bem típico e tradicional de atuar, trataram eles de recompor a sua diretividade, modificando seu ritmo de ação. A CINAEM se expressou em conflito. Novas alianças se construíram e as perspectivas transformadoras foram retificadas ao modo brasileiro de produzir mudanças: na lógica do desigual e combinado, como diria Florestan Fernandes sobre as etapas de transformações sociais no Brasil que preservaram os antigos grupos sociais, sempre procurando realizar mudanças mantendo em pacto as elites conservadoras com as inovadoras (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 17).

Não mantendo a unidade, que era sua característica mais marcante e que mais lhe fortalecia, a CINAEM, após uma década de produção intensa, perdeu-se em meio ao processo político partidário danoso que acabou por descaracterizá-la:

> Por outro lado, a construção da IV Fase representou um momento de amadurecimento da teoria e do conhecimento para a transformação e exigiu uma outra atuação dos atores de cada escola participante, porque agora se tratava da efetivação da transformação no espaço real da instituição escolar, tanto transferindo para um segundo plano o espaço político dos encontros nacionais e regionais – para uma arena de socialização das experiências ou de debates e disputas das prioridades e princípios norteadores dessa ação transformadora, em nível local quanto expondo as fragilidades dos protagonistas para enfrentarem os setores conservadores de cada escola. Assim, abriu-se claramente uma lacuna na dinamicidade com que o colegiado de entidades atuava com o coletivo de escolas, docentes e alunos (MERHY; ACIOLE, 2003, p. 18).

Em 2003, Merhy e Aciole achavam cedo para fazerem afirmações a respeito das transformações das EMs no século XXI, transcorridos cerca de 14 anos desde então, vê-se que as mudanças enfrentam ainda muitas resistências com efeitos impactantes na vida dos estudantes. Mas, antes de abordá-las, alguns acontecimentos marcantes em sua primeira década são dignos de nota.

1.4. AS EMs NO SÉCULO XXI

Das constatações verificadas em termos qualitativos e quantitativos pela CINAEM, a escassez de médicos foi, sem dúvida, uma realidade inegável. Mesmo assim, o governo Lula promoveu um crescimento exponencial e uma expansão considerável das EMs: no período de 2003 a 2007, 49 EMs foram criadas, passando a totalizar 167 no Brasil. O maior aumento foi das faculdades isoladas, o que representou um incremento de 135,29% em relação ao número anterior e no âmbito privado, passou a totalizar 85% das faculdades em funcionamento:

> Na comparação, com 1996, da relação público/privada verifica-se que existiu um aumento real de 166,66% das instituições privadas (24 EM em 1996 para 64 EM em 2007). Em 1961 existiam 4 (12,50%) EM privadas; em 1996 passou para 34 EM privadas, o que representava 40,48%; em 2003 aumentou para 64 EM (50%) e atualmente, em 2007, existem 98 EM (58,68%), divididas entre 41 nas capitais e 57 no interior. Isto significou um aumento de 2.350% (AMARAL, 2007, p. 159).

A interiorização e a privatização das EMs consolidaram-se na primeira década do século XXI. Entre 1997 e 2007, 83 novas faculdades foram abertas, sendo 63,85% no interior e 36,15% nas capitais onde passou a predominar o ensino privado com a criação de 34 novas escolas, representando 87,17% das que surgiram no período. A Região Sudeste que já tinha o maior número de instituições foi a que mais recebeu novas escolas privadas nessa década. As faculdades públicas de medicina aumentaram em número significativo na Região Nordeste e na Região Norte e esse crescimento passou a representar 800%. Em relação a oferta de vagas em 2007, que totalizavam 16.228, 8.669 (53,42%) eram oferecidas nas capitais e 7.559 (46,58%), no interior.

Desde o início desse governo pôde-se perceber algumas ações em direção ao incremento de políticas populares em diferentes instâncias, como na saúde e na educação: em 1986, a I Conferência Internacional sobre Proteção à Saúde, realizada pela OMS em Otawa. Teve como preocupação central a criação de novos modelos de atenção à saúde da população, princípios esses que foram retomados em 2003, na XII Conferência Nacional de Saúde. O documento construído nesse evento mencionava em sua introdução:

> No ambiente de esperanças criado com a eleição do Presidente Lula, a iniciativa do Ministro da Saúde, Humberto Costa, de antecipar a 12ª CNS com a finalidade de produzir orientações para a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo Governo, promoveu um clima de confiança e de grande expectativa, ao mesmo tempo em que estabeleceu o desafio de concluir uma tarefa de grande envergadura no início de mandato passaram a ser priorizados como fatores determinantes da melhoria dos indicadores da saúde a paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação (BRASII, 2003b, p. 17).

Em 2003, havia 128 EMs no Brasil, sendo 59 nas capitais (46,88%) e 69 no interior (53,12%); foi neste ano que a oferta privada se equiparou à pública, com cada segmento correspondendo a 64 instituições. No que tange à organização acadêmica,

as universidades abrigavam 96 EMs (75%), os centros universitários 9 (7,03%) e as faculdades isoladas 23 (17,97%)[35].

Em termos de região, a distribuição mostrava que as Regiões Norte e Centro-Oeste possuíam 10 cursos, cada uma, representando 16,62%; a Região Sul e a Região Nordeste 23 escolas, cada uma, totalizando 35,94%.[36] Na Região Sudeste concentrava-se o restante das 62 EMs (48,44%), como se demonstrou no Gráfico Nº 03.

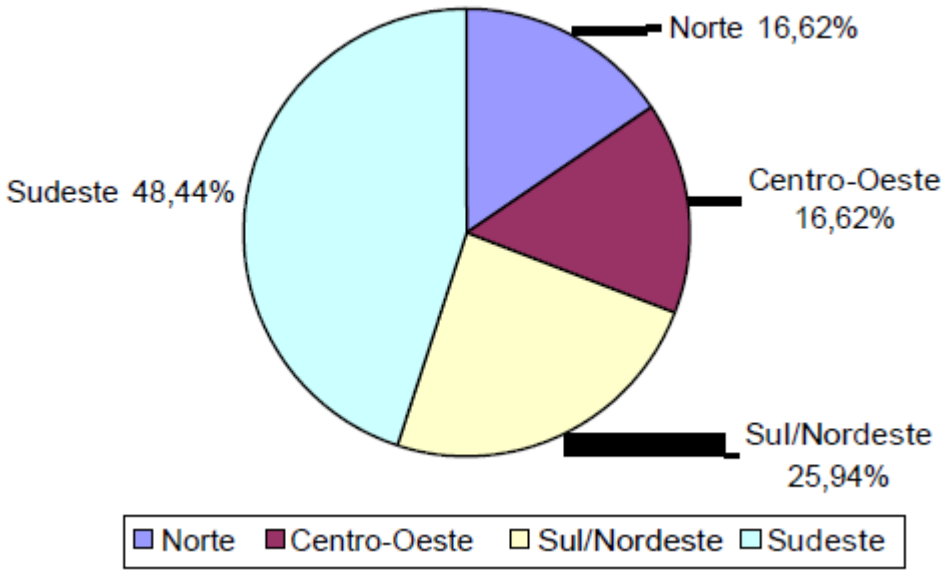


GRÁFICO Nº 03: Distribuição percentual do número de EMs por região (2003).
FONTE: Amaral (2007); MEC/INEP.

Transcorridos pouco mais de uma década em que o país esteve imerso em uma mesma vertente política e econômica, por meio de dois mandatos de Lula, somados a mais um de Dilma, seguidos de sua reeleição e o impeachment em 2016, havia um clima de instabilidade econômica e política. Nesse contexto, o número de vagas dos cursos de medicina em todo o Brasil totalizava 24.433[37].

Seguindo acirradamente no processo de interiorização e privatização do ensino médico, como demostrado o Gráfico Nº 04, entre 2007 e 2016, 105 EMs foram criadas, sendo 51 públicas e 54 privadas. Dessas, 15 localizadas nas capitais e 90 no interior. Na Região Norte, todos os cursos criados no interior foram públicos, enquanto que, dessa mesma natureza, 66,7% encontravam-se na Região Nordeste, 69,2% na

[35] O Anexo 8 apresenta um mapa com a distribuição das escolas médicas no período de 1997 a 2007.
[36] O Anexo 9 demonstra a expansão das escolas ocorridas até 2013.
[37] Dados disponíveis no site do CFM, até o ano de 2016.

Região Centro Oeste, 46,2% na Região Sul e 40,5% na Região Sudeste. Já nas capitais, houve um acréscimo de 3 escolas (2 públicas – 66,7% – e uma privada – 33,3%), enquanto que na Região Nordeste 87,5% privadas para 12,5% públicas. Nenhum curso público foi aberto nas capitais das regiões centro oeste, sul e sudeste, enquanto que nessas últimas apenas um curso privado foi criado nas capitais em cada uma delas.[38]

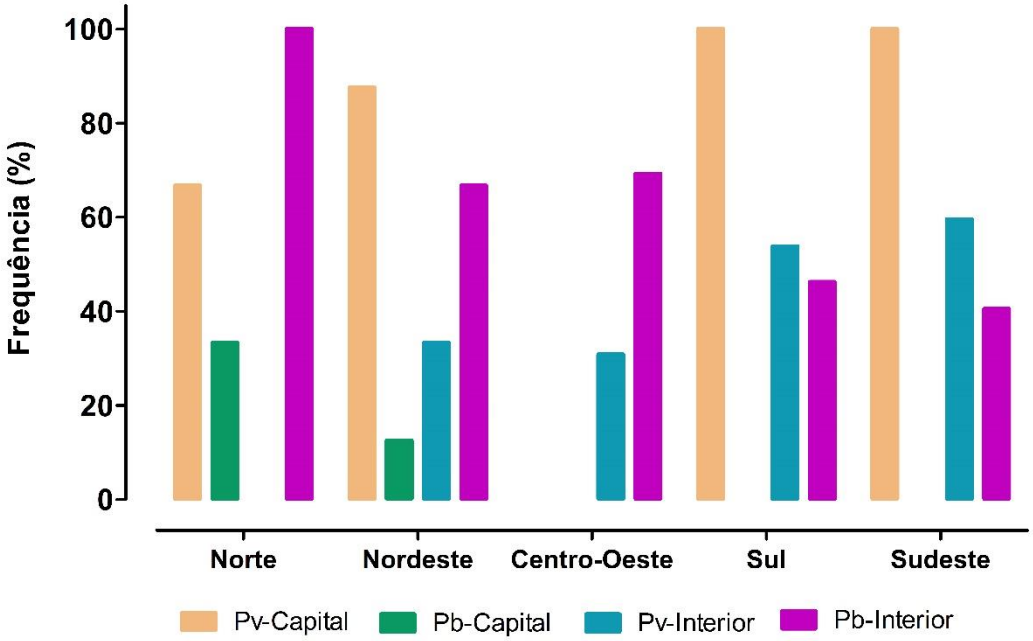


GRÁFICO Nº 04: Comparativo das EMs criadas entre 2007 e 2016, por localização e regime jurídico.[39]
FONTE: http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php

Antes de concluir essa retrospectiva, alguns acontecimentos relevantes serão destacados para cumprir com o objetivo contextual deste capítulo. Os resultados da CINAEM tiveram repercussões importantes no contexto da educação médica e foram tomados como amostra representativa das condições do ensino de medicina no país. Eles evidenciaram que os cursos se estruturavam em ciclos distintos e estanques, desintegração produtora de uma formação desvinculada e descomprometida com as necessidades populacionais. Em termos de docência médica, também pôde se verificar que os professores médicos não possuíam títulos de pós-graduação, nesse caso, cerca de 38% de todo o corpo docente. Havia problemas no processo de

[38] O Anexo 10 apresenta um mapa que permite uma melhor visualização desses dados, ao apresentar a distribuição das escolas de 2008 até 2016.
[39] O Anexo 11 apresenta uma relação nominal das escolas médicas existentes hoje no Brasil, com data de criação, localização e número de vagas.

integração entre o ensino, a pesquisa e a assistência. Como consequência, ao final do curso, o médico era formado com uma visão desintegradora de ser humano e sem a devida noção de sua inserção social. Os modelos pedagógicos eram inadequados e ultrapassados, os recursos humanos, insuficientes.

Esses resultados justificavam a intervenção do Estado no papel indutor das transformações do ensino médico no Brasil. Em 2001, o MEC instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área de saúde, incluindo o Curso de Medicina. O lançamento do PROMED, pelo Ministério da Saúde, em 2002, com o programa de incentivo às mudanças curriculares apontou para esta direção. No entanto, apenas 19 EMs participaram do programa e 60% destas já haviam participado do Projeto CINAEM.

Como desdobramento disto, foi lançado em novembro de 2005, o PRÓ-SAÚDE. Somente com o Programa Mais Médicos é que a educação médica se viu obrigada a uma revisão, mas não sem resistências. Tais exigências resultaram nas novas DCNs para os cursos de medicina em 2014, nas quais várias mudanças foram propostas e afetaram todos as dimensões da formação médica, em especial, a estudantil.

1.4.1. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina em 2001.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCNs), promulgadas através da Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001, foram um dos resultados mais notórios da CINAEM, que colaboraram no redirecionamento dos cursos e na formação do médico, passando a preconizar a seguinte descrição do perfil do egresso:

> Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a, p. 1).

No Brasil, diversas EMs procuraram implantar esse aspecto de forma mais ou menos intensa. As inovações pretendiam de forma geral adequar o perfil do profissional formado às necessidades da sociedade brasileira. Tarefa essa nada fácil

em uma conjuntura capitalista em que a produtividade alcançada pelo avanço tecnológico da indústria produziu mais que o necessário para a sobrevivência da humanidade, mas muito menos por trabalho vivo. Ao contrário disso, porém, a exploração da força de trabalho e a exclusão de grandes contingentes populacionais não foram apenas intensificadas nesse contexto como também gerou ainda mais desigualdades:

> Pela primeira vez na história universal a economia declara que a maioria dos seres humanos é desnecessária e descartável, pois, na economia contemporânea, o trabalho não cria riqueza, os empregos não dão lucro, os desempregados são dejetos inúteis e inaproveitáveis (CHAUÍ, 1999).

Nesta inversão de valores morais e éticos que afetaram todas as dimensões da vida humana, inclusive o universo do trabalho e os processos que nele tecidos, o trabalho médico necessitou abandonar a ideia de uma neutralidade social, econômica, política e se compreender por meio de mecanismos ideológicos de poder que se apropriaram tanto da pessoa do médico, como de seu próprio fazer. Tornou-se imprescindível, portanto, que a formação do médico lhe atualizasse e lhe situasse no interior dessa conjuntura, para esclarecer a importância de seu papel social na superação ou na perpetuação de mecanismos de subjugação das pessoas a um sistema perverso produtor de exclusões sociais. Assim, a análise das alterações propostas passou a avaliar o quanto elas poderiam de fato qualificar melhor a formação médica ou contribuir ainda mais com a sua precarização.

Anteriormente os resultados das autoavaliações realizadas nas 78 EMs participantes da primeira fase do Projeto CINAEM demonstraram que o Brasil tinha, até aquele ano, 80 EMs, cujo perfil foi assim descrito:

> Das 78 EM participantes da CINAEM, 43,40% eram privadas, 39,50% federais, 14,50% estaduais e 2,60% municipais, totalizando 56,60% de escolas públicas, demonstrando a adesão ao protocolo independentemente do vínculo jurídico. Quanto à organização dos cursos, na maioria das EM o curso estava dividido em dois ciclos distintos, não havia uniformização do ensino, os currículos eram centrados na doença e não permitiam ao aluno uma visão integradora do indivíduo e de sua inserção na sociedade (AMARAL, 2007, p. 143).

Tendo em vista esses impasses, as DCNs (2001a) buscaram reorientar os produtos da EM: mudanças no modelo assistencial à saúde e fortalecimento da atenção básica. Elas fizeram parte de um conjunto de ações, pois, neste mesmo ano,

foi lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), cujas propostas apontavam para a necessidade de mudanças da formação quanto à orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Estas visavam suprir a carência constatada de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as EMs, a incorporação da noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica, a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, a adoção de metodologias pedagógicas ativas e avaliação formativa centrada nos estudantes.

De forma geral, as mudanças propostas foram colocadas como uma possibilidade de avançar na construção do SUS, na formação médica mais humanística, na compreensão do processo saúde-doença para além da questão biológica, em uma prática hegemônica na escola médica diferente da flexneriana. As DCNs definiram, nessa direção, que o currículo nas EMs deveria ser construído tendo essas premissas norteadoras. Uma das sugestões mais veementes foi a inserção precoce dos estudantes nos cenários de práticas, antes restritos aos últimos períodos e em hospitais-escola, ligados aos níveis terciários ou quaternários de atenção à saúde. Passou-se a inserção do aluno, desde o primeiro período, nos contextos reais e na atenção básica à saúde, enquanto porta de entrada dos serviços de saúde, locais que serviriam, por excelência, para otimizar o aprendizado em graus de complexidade crescente. Acreditava-se que essa mudança favoreceria ao surgimento de um novo perfil médico comprometido com as necessidades da população, aproximando os estudantes das pessoas e da possibilidade de conhecer o modo como elas vivem seu dia-a-dia, seu estilo de vida, os determinantes que influenciam seu adoecimento ou sua saúde.

Em relação ao perfil do egresso, o médico deveria incorporar, além do tratamento das doenças, o trabalho como princípio educativo e preventivo por meio de práticas integrativas em equipe e com os serviços de saúde e a comunidade, atuando em uma perspectiva de rede. A aprendizagem aconteceria por meio da integração ensino-serviço e da ação-reflexão-ação como estratégia do cotidiano de ensinar e aprender. As dimensões éticas e humanas passaram a ser priorizadas como características fundamentais do egresso, assim também como os conteúdos referentes à bioética:

> Verifica-se que o campo da Bioética permeia todas as diretivas das DCNs do curso de Medicina, tal qual o tecido conjuntivo dá sustentação ao corpo humano. Isso credita à disciplina um status de eixo integrador no processo de formação de médicos. Ao mesmo tempo, considerando as observações que reforçam a tese de que a sociedade é que conforma a educação, esse novo paradigma para a educação médica contribui para efetivação do sistema de saúde brasileiro, o SUS, com todos os seus nuances e hibridizações de modelos de atenção (OLIVEIRA, 2010, p. S308).

Para isso, as DCNs incentivaram a alteração do método pedagógico de ensino, cujo foco do aprendizado deixaria de ser o conteúdo a ser assimilado e passaria a ser o estudante no seu processo de de assimilação e significação dos conteúdos. Portanto, o aprendizado deveria basear-se nos quatro pilares da educação nacional – aprender a aprender / fazer / ser / conviver. Entraram em cena as chamadas metodologias ativas e a noção de aprendizagem significativa (MORIN, 2000).

Intentava-se com as DCNs (2001a), o abandono paulatino do modelo flexneriano de EM, já que por meio da CINAEM havia se constatado sua ineficiência para formar profissionais aptos para a prática médica no SUS, e formar recursos humanos para trabalhar de acordo com as políticas públicas brasileiras. Estimava-se, portanto, que os médicos formados pelos novos currículos baseados nas diretrizes estariam potencialmente capacitados para resolver os problemas de saúde da população brasileira. Tais estimativas faziam surgir problematizações sobre formação generalista e humanista. A respeito da primeira, as DCNs enfatizaram a formação geral, em contraposição à tendência atual de um ensino precocemente voltado para as especialidades médicas, ou seja, de uma divisão pormenorizada do trabalho, marcada pela fragmentação dos processos inerentes à sua produção. Efeito, em última análise, do capitalismo, a especialização, fruto da divisão social do trabalho, gerava diferentes ofícios, que deixavam os trabalhadores impossibilitados de se apropriarem do produto de seu trabalho. Entendendo-se que o médico formado até então, apreendia apenas fragmentos do ser humano, ou seja, a doença, as Diretrizes pretendiam, através de intervenções pontuais, superar essa lógica e avançar na formação de um médico capaz de atuar como promotor de saúde, nos níveis de prevenção e educação em saúde. É possível que, neste ponto, um equívoco tenha sido cometido por não atacar a raiz do problema, que não é a especialização em si, mas a produção de especialista pormenorizada, efeito da lógica capitalista aliada à lógica tecnológica e de produção de conhecimentos alimentada do surgimento de novos objetos e meios de trabalho.

Quanto à formação humanística, uma crítica tecida foi a ausência do conceito de humanismo para embasar as postulações em torno do que seja humanização. Um tipo de humanismo meramente teórico poderia ser apenas um disfarce para manter a ordem vigente. Muito além de adaptar os estudantes às necessidades humanas da população, o ensino baseado no desenvolvimento de competências humanísticas deveria promover, inicialmente, a compreensão de que o homem se humaniza à medida que atua sobre a natureza para modificá-la, criando meios de sobrevivência. O Humanismo e, portanto, a humanização, enlevaria o homem e seu desenvolvimento como fim maior da vida em sociedade e a busca da consciência humana ética. Entender é entender-se, conhecer é conhecer-se: não haveria formação humanística sem esse apelo, sobretudo, como chamamento para que o médico se reconhecesse como uma pessoa que cuida de outras pessoas. Não se trataria de mágica, e sim de escolha na formação de uma identidade médica comprometida:

> A naturalização das relações capitalistas de produção e a naturalização do mercado mundializado, por meio do procedimento de considerar a produção como sendo organizada com o objetivo de atender às necessidades individuais, levam também à concepção de que a ética é um problema de moralidade individual e que cabe ao indivíduo procurar agir moralmente, estabelecendo limites à lógica do lucro. Mas como pode falar em ética e virtude uma sociedade que não se escandaliza com a venda do trabalho, isto é, com a subordinação da atividade de trabalho ao seu valor de troca? Uma sociedade que não se escandaliza com o fato de a produção de alimentos ser determinada pela lucratividade? Uma sociedade que não se escandaliza com o fato de que a educação e a saúde transformem-se em mercadorias? Como afirmou Marx [...], mesmo quem defenda um discurso moralizante, ao agir no âmbito econômico não pode deixar de levar em conta a lógica do capitalismo, cuja moral é a da acumulação, da rentabilidade e do lucro. Em última instância, a lógica econômica do capitalismo não é harmonizável com princípios éticos como solidariedade, fraternidade e justiça. Mas o capitalismo precisa que coexistam os dois tipos de discurso, o econômico-pragmático e o discurso moral, pois o segundo é necessário particularmente para evitar o total esfacelamento do tecido social, que resultaria da radicalização do próprio princípio liberal, segundo o qual o progresso social resulta da busca incessante de satisfação das necessidades e dos interesses pessoais (DUARTE, 2004 apud MARQUES, 2013, p. 12-3).

A concepção pedagógica e a formação voltada para as demandas sociais contemporâneas careciam de uma definição preliminar ao objetivo de alcançá-las e defini-las. Se o viés pedagógico para isso era construtivista – ou seja, baseado na perspectiva da construção de um novo modelo que contemplasse integralidade, universalidade e equidade – a metodologia de ensino aprendizagem deveria centrar-se no estudante, possibilitando a problematização das realidades e priorizando a

busca por soluções plausíveis para as situações encontradas. Com base nessa premissa, esperava-se que a lógica de uma formação calcada no aprendizado de conteúdos pré-formatados e apenas transmitidos pelos professores pudesse ser superada. Mais que formar profissionais o objetivo final seria preparar pessoas para a vida na sociedade moderna.

No entanto, um aspecto importante aqui permaneceu intocado: a capacitação docente para a apropriação dessas novas e inovadoras metodologias pedagógicas e, como consequência, a transmissão de um paradigma em saúde baseado nas pessoas. Não foi considerado que o professor não aprendeu a aprender de acordo com estas novas formas de ensinar; ele continuava cartesiano e com uma forte tendência à fragmentação; e, por fim, talvez o mais drástico, esse professor, nem mesmo era um docente e sim um especialista em determinada parte do corpo que ensinava somente ao estudante o seu ofício específico. As inovações metodológicas colocaram não apenas a necessidade de mudanças, mas também colocaram o estudante em uma posição diferenciada, como o único capaz de gerar seu próprio conhecimento, em um tipo de processo de ensino-aprendizagem que se popularizou chamar no Brasil de PBL[40] (Problem Based Learning, termo traduzido por Aprendizagem Baseada em Problemas).

Sobre esta forma de aprendizado, Marques (2013) criticou:

> Acredito que seja consenso quanto à necessidade de formarmos um médico apto para solucionar o problema apresentado, porém para formarmos um profissional cujas condutas sejam tomadas em conhecimento autônomo, defendem os que são de fundamental importância dominar as bases fisiopatológicas das doenças e tratamentos, e para tal conhecimento da característica da parede celular é fundamental. Ou seja, se autonomia intelectual significa uma tomada de decisão consciente diante das diversas situações e possibilidades que se apresentam para tal, a apropriação do conhecimento científico que a humanidade produziu até então sobre o assunto é imprescindível. E, vale lembrar, estes conteúdos não são identificáveis espontaneamente pelo sujeito que aprende na busca da solução dos problemas com os quais se defronta. O recorte do conteúdo não pode ser obtido a partir do que se mostra necessário para a solução imediata de um problema. Nesse sentido podemos perceber como é importante a apreensão de todo o conhecimento científico até então produzido para a formação de um profissional autônomo, como as DCN colocam. Então nos questionamos se a escolha pedagógica defendida avança no sentido de formar esse profissional. Cabe lembrar que *não defendemos também a transmissão acrítica que se tem na escola tradicional*, no entanto queríamos

[40] Este método foi adotado por algumas escolas médicas no Brasil, como a Faculdade de Marilia (SP) e Teresópolis (RJ). Apesar de resultados positivos, como aqueles encontrados por Gomes et al. (2009), segue ainda como tema controverso entre as escolas que optam por metodologias híbridas, ou seja, mesclam metodologias inovadoras em um currículo tradicional.

> demonstrar as falhas que essa metodologia também possui. Se na pedagogia tradicional nem todos se apropriam dos conteúdos essenciais, aqui nem todos sequer têm contato com esses conteúdos (p. 15 – grifos nossos).

Segundo as Diretrizes (BRASIL, 2001a), estes conteúdos deveriam ser referentes aos problemas de saúde mais comuns na comunidade, com compreensão mínima necessária dos fenômenos produtores dessas realidades, das interações a eles inerentes, bem como de seus determinantes. Para isso, o profissional teria na graduação o espaço privilegiado para desenvolver as habilidades e competências de ir além do aparente, mantendo o movimento do pensamento para identificar as lógicas subjacentes e estruturantes dos problemas, valorizando a dialética entre a singularidade do fenômeno analisado e universalidade da teoria que o explica, promovendo a passagem da aparência para uma representação mais precisa da realidade e suas estruturas sociais, históricas, políticas e econômicas. Para se chegar a uma compreensão menos fatalista dos contextos, estes conteúdos, além de amplos, necessitariam ser contextualizados e problematizados.[41]

Seria necessário, assim, considerar a flexibilização curricular, a fim de que necessidades regionais singulares pudessem ser contempladas. Ademais, a contextualização incorreria no risco de formar um profissional para atuar em determinada área e não em outra. Para evitá-lo, seria necessário formar o profissional crítico, agente da transformação social, capacitado para uma reflexão ampla e profunda para oferecer elementos e fundamentar um posicionamento consciente, capaz de dialogar com seus pares sobre a melhor conduta a ser tomada, respeitando os posicionamentos divergentes.

Em relação à ênfase em uma formação para a atuação no SUS, acreditava-se que se deveria trabalhar com a qualidade do atendimento. Um perigo, porém, neste sentido, seria de que o estudante dificilmente encontraria condições favoráveis de trabalho no âmbito do SUS e a possibilidade de reproduzir essa precariedade em suas condutas poderia ser maior do que se imaginava; a formação deveria, assim, favorecer que o profissional pudesse estar capacitado para atuar em situações adversas.

---

[41] Essa forma de reflexiva de lidar com a realidade aproxima-se do conceito proposto por Lane (2010/1988) do "concreto pensado" que, segundo a autora, seria um produto do movimento do pensamento, do esforço racional de transformar representações imediatas em mediatas, ou seja, de mediatizar a realidade ultrapassando sua concretude e lhe transformando em representações, por meio de um processo dialético, não neutro, inscrito no contexto histórico.

Em alguma medida, essa foi uma das fortes razões porque muitas escolas, resistindo às mudanças, mantiveram-se seguindo o modelo hospitalocêntrico. Neste sentido, era indispensável considerar que condições desfavoráveis não eram exclusivas dos ambientes comunitários. No cenário brasileiro, os hospitais também apresentavam ambientes desprovidos do mínimo necessário para um atendimento de qualidade e, consequentemente, tinham implicações igualmente desastrosas na vida dos usuários e dos profissionais – por exemplo, condições insalubres favoráveis à disseminação da infecção hospitalar. A diferença mais marcante das DCNs (BRASIL, 2001a) seria, então, a proposta de sair da zona de conforto do hospital: (1) ali já haveria um domínio de técnicas e conteúdos, enquanto que, na comunidade, uma exposição permanente a situações atípicas; (2) no cotidiano hospitalar as condutas impessoais já eram naturalizadas, levando a desconsideração da subjetividade e a priorização das doenças, enquanto que, no dia-a-dia das pessoas, esse distanciamento denunciaria uma ineficiência. A lógica hospitalocêntrica favorecia a manutenção do *status quo* de hipervalorização do médico e da especialização, desqualificando o médico de família e comunidade, disseminando a ideia que ficou vulgarmente conhecida deste como “médico de postinho”, e mantendo o seu reconhecimento como uma especialidade menor no contexto da medicina.

Destarte, todo esse esforço de transformação que já apresentava muitos desafios, como se procurou demonstrar, a aderência às DCNs foi baixa e aconteceu de forma isolada entre as escolas (BRASIL, 2006a), apesar de todos os esforços de entidades governamentais, tal como será abordado a seguir. Em publicação de 2014, a ABEM, instituição que tem sido protagonista da implantação das DCNs nas EMs, apontou pelo menos duas lacunas importantes: a falta de ênfase em relação à capacitação em urgência/emergência e o aprendizado efetivo durante o internato (LAMPERT; BICUDO, 2014).

O desafio de transformação persistia...

1.4.2. PROMED (2002a), PRÓ SAÚDE (2005), PET-Saúde (2010) e Mais Médicos (2013)

1.4.2.1. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED, 2002a)

Foi promulgado em 26 de março de 2002 pela Portaria Interministerial nº 610, com o objetivo de incentivar as EMs brasileiras a atualizarem e adequarem seus currículos para a produção de conhecimento e desenvolvimento de programas de educação permanente condizentes com a realidade social e de saúde da população, visando interferir de modo direto na melhoria da prestação dos serviços de saúde pelo SUS. O documento forneceu elementos para reflexões sobre os métodos de ensino da medicina até então, mas ainda não enfatizava a promoção da saúde nem a valorização da atenção primária. Surgia, assim, uma perspectiva política de transformações nos processos de formação que foi, de imediato, bem acolhida pelas instituições de educação médica e estabelecia a criação de mecanismos de cooperação entre as gestões do SUS e das escolas e, consequentemente, uma ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, ao propor a inserção do estudante na rede de serviços básicos de saúde desde o início e ao longo do curso.

Apesar do programa destinar-se às escolas reconhecidas e credenciadas no MEC, e representar um avanço, apenas 19 EMs das 118 existentes foram alcançadas. Além disso, abrangia apenas o ensino médico e não abraçava as demais escolas de formação em saúde. Atuando em conjunto em prol das mudanças em torno disso, os Ministérios da Saúde e da Educação (representado pela Secretaria de Educação Superior), instituíram a Comissão Nacional de Acompanhamento do PROMED para acompanhar e avaliar sua execução

1.4.2.2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ SAÚDE, 2005)

Foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.101 de 03 de novembro de 2005 e sucedeu o PROMED que ainda manteve suas atividades nas instituições participantes, sendo enceradas tempos depois (BRASIL, 2005).

Mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), pelo Decreto 4.726, de 9 de junho de 2003 (BRASIL, 2003a), representaram preocupações do governo e do MS

com os recursos humanos e a gestão do trabalho em saúde, bem como processo da formação dos profissionais, regulação das profissões e da abertura de cursos. Os departamentos criados na SGTES com suas respectivas funções foram (BRASIL, MEC/MS, 2005): Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e Gestão da Educação na Saúde (Deges).

Baseando-se no PROMED, o PRÓ-SAÚDE manteve os mesmos eixos e objetivos básicos de promover a integração entre ensino e os espaços de atuação profissional de assistência à saúde no âmbito do SUS. Mas avançou em pontos fundamentais em relação à formação das diversas profissões na área de saúde. Os estudantes passaram a ser vistos como sujeitos ativos do processo ensino-aprendizagem e a prioridade do ensino superior passou a ser a formação de egressos para atender às necessidades da atenção básica e, como consequência direta, reduzir a lacuna entre as instituições de formação e de assistência à saúde. O PRÓSAÚDE também proporcionou incentivo financeiro a EMs que ofereciam Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC), por meio do edital homologado em 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005). Com isso, orientou a formação em saúde para priorizar a atuação na ESF:

> Tradicionalmente, as instituições de ensino superior (IES) pouco se integram à rede de serviços locais, seja qual for a área de atuação, deixando assim de gerar conhecimentos com base na prestação de serviços. Este distanciamento no ensino da medicina gera inadequações do médico formado quanto às necessidades da população e, em última análise, produz barreiras para o fortalecimento do SUS (AMARAL, 2007, p. 156).

O PRÓ-SAÚDE, que estabeleceu importantes parcerias interministeriais e até mesmo obteve o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi elaborado em consonância com o panorama atual da saúde pública brasileira, após se verificar que as grades curriculares dos cursos de ensino superior relacionados à área da saúde (inclusive medicina) eram discrepantes e dissonantes com as políticas públicas vigentes no país. Compreendendo a educação como um fator fundamental de transformação social e estratégico na implementação e fortalecimento da proposta do SUS, o Programa posicionou-se diante da escassez de profissionais de formação generalista e sua inabilidade para efetivar cuidados contínuos e resolutivos à população.

Essas dificuldades afetavam e inviabilizavam diretamente as propostas do SUS, passando a requerer o desenvolvimento de alternativas para mudar essa realidade e priorizar o reordenamento do processo formativo: os profissionais da área de saúde necessitavam transpor uma formação geralmente centrada na assistência individual prestada em serviços especializados, para outra proposta em sintonia com as necessidades populacionais, os princípios e diretrizes do SUS, e comprometida, sobretudo, com a transformação dos ambientes sociais e de saúde.

A integração entre IES e assistência, ou seja, a articulação ensino / serviço passou a ocupar o topo das prioridades, a fim de possibilitar aos estudantes o contato com os cenários de prática de forma vívida, para integrar teorias e práticas, e formular atuações condizentes e comprometidas com os problemas concretos e locais, valorizando a multidimensionalidade do cuidado. Para isso, passou-se a priorizar a criação e o desenvolvimento de espaços de reflexão, capacitação e educação permanente, de compartilhamento de experiências e desafios para promover o contato com os profissionais da rede, que possibilitassem ao discente vivenciar o cotidiano das práticas ainda na formação e conhecer as demandas específicas de cada serviço/território, tendo como finalidade principal o fortalecimento dos princípios do SUS no exercício profissional cotidiano, envolvimento de trabalhadores, formadores e estudantes era imprescindível.

Para estimular o desenvolvimento da perspectiva do cuidado integral, os seguintes objetivos foram delineados para serem alcançados durante o processo formativo: (1) incentivo às transformações, de forma que a produção de conhecimentos estivessem necessariamente atrelada à prestação de serviços à população por meio de uma abordagem integral do processo de saúde-doença; (2) reorientação do processo de formação para que os egressos dos cursos fossem habilitados a responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; (3) incorporação de discussões sobre a perspectiva contemporânea do processo saúde-doença e da promoção de saúde integral; (4) investimento na formação de profissionais qualificados para o desenvolvimento de uma assistência em saúde de qualidade e resolutiva, e na construção de um processo de melhoria constante da atenção em saúde, a fim de gerar um impacto positivo para o funcionamento do SUS e, consequentemente, benefícios para saúde da população brasileira.

Para obter a concretização desses objetivos, o Programa foi dividido em fases e já na primeira, lançada em 2005, envolveu os cursos de medicina, assim como odontologia e enfermagem. Na segunda fase, em 2007, outros cursos da área de saúde foram também alcançados – Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Três eixos de mudança foram delimitados: (1) orientação teórica que priorizasse os determinantes biológicos e sociais de saúde, com ênfase na educação permanente e na pesquisa clínica e epidemiológica baseada em evidências e avaliação crítica dos processos de trabalho na atenção básica; (2) cenários de prática tomados como eixos de aprendizado e utilizados como parte integrante dos processos de aprendizado ativo, enfatizando a integração das diferentes dimensões do aprender – aprender a aprender e aprender a fazer fazendo – para favorecer o desenvolvimento do sentido crítico na análise das práticas, focalizando a solução de problemas por meio de uma forma de avaliação formativa e somativa; (3) orientação pedagógica incluindo ambientes e níveis de atenção diversificados com ênfase no nível básico e na importância da excelência técnica e relevância social do trabalho profissional. A interação dos professores e estudantes com a comunidade e alunos seria fundamental para que o estudante compreendesse e assumisse sua responsabilidade de forma crescente mediante a evolução do aprendizado, assimilando, assim, a importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais.

Estratégias de gestão e acompanhamento também foram delimitadas pelo Ministério da Saúde, de forma a compor comissões compostas por representantes docentes, gestores locais, discentes e membros dos conselhos locais.

1.4.2.3. Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde, 2010)

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010 e resultou da identificação dos avanços e desafios a serem enfrentados no âmbito da formação, como um dos resultados do monitoramento e avaliação do Pró-Saúde. Embora os objetivos desses dois programas coincidissem, o PET avançou na proposta de estratégias complementares que priorizavam a integração ensino-serviço, tomando o eixo dos cenários de prática como prioritário e o processo de ensino-aprendizagem interligado

com a rede de serviços. Essa relação direta passou a envolver diferentes atores – docentes, estudantes, equipes de saúde dos serviços e, especialmente, os usuários do SUS.

O PET-Saúde também colaborou para reforçar o movimento de expansão das atividades acadêmicas e universitárias além muros, em direção à integração com a comunidade. Mas, além disso, conferiu uma maior concretude a esse processo por meio de projetos diretos que agregava pesquisa, diagnóstico situacional, intervenções no território e ações de educação e prevenção em saúde. Com isso, fortaleceu o fomento as atividades de pesquisa de diferentes naturezas – clínicas, qualitativas (pesquisa-ação, pesquisa participante), direcionadas ao processo de formação e sobre a gestão dos serviços. Esse elemento colaborou na incorporação do processo de ensino-aprendizagem aos serviços e ao próprio processo de trabalho em saúde, contribuindo decisivamente para qualificar a atenção à saúde prestada, o que vinha sendo evidenciado em estudos já publicados.

Outras estratégias governamentais foram adicionadas ao Pró-Saúde e ao PET-Saúde, pelo Ministério da Saúde, por meio da SGTES, pela parceria com o Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior (SESU), e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fazendo surgir uma estratégia conjunta, o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró-Ensino), em 2010, cujo objetivo prioritário foi a promoção da formação docente orientada à sustentabilidade do processo de mudanças em curso e fortalecimento das linhas de pesquisa relacionadas ao ensino e à graduação.

Os avanços alcançados por estas iniciativas têm sido vistos como coincidentes em termos de ponto de chegada e de uma nova partida (HADDAD, 2012) e mobilizadores da insistência nas ações de fomento às mudanças. O Decreto Nº 7.508/2011 que o regulamentou dispunha sobre a organização do SUS em relação ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Essa regulamentação visava à consolidação do processo de regionalização do SUS, das redes de atenção à saúde, da atenção básica como porta de entrada. Todos esses esforços convergiam para a necessidade da formação de um maior contingente de profissionais comprometidos com essas demandas.

1.4.2.4. Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM, 2013)

Este Programa lançado em 08 de julho de 2013, no governo da presidente Dilma tem por objetivo distribuir e suprir todo o território nacional de profissionais médicos. Foi precedido pelo Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), criado em 2011 com o incentivo de bolsas de 8 mil reais para médicos recém-formados atuarem em regiões carentes do país. Porém, das 13 mil vagas oferecidas, apenas 29% foram preenchidas, resultando na regulamentação do Programa Mais Médicos pela Lei nº 12.871, instituída em 22 de outubro de 2013. O Programa causou grandes debates, discussões e polêmicas. Se, por um lado, foi bem recebido pela população e por instituições como a OPAS e a ONU, por outro, foi fortemente criticado pelo CFM e conselhos regionais.

Os objetivos do Programa podem assim ser resumidos (BRASIL, 2013): (1) reduzir a insuficiência de médicos nas regiões carentes e no SUS, com a finalidade de amenizar as desigualdades verificadas na distribuição de médicos no Brasil; (2) fortalecimento da prestação de serviços médicos na atenção básica, porta de entrada da saúde no sistema brasileiro; (3) aperfeiçoamento da formação médica no país, possibilitando a inserção do estudante na atenção básica de forma mais intensificada durante a formação; (4) ampliação da inserção do médico nas Unidades Básicas de Atendimento (UBSs) no SUS, a fim de oferecer-lhe conhecimentos ampliados sobre a realidade de saúde da população brasileira; (5) fortalecimento das políticas de educação permanente, da integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; (6) promoção da troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos brasileiros ou estrangeiros formados em instituições estrangeiras; (7) aperfeiçoamento dos médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; (8) fomento à realização de pesquisas no âmbito do SUS.

Para que esses objetivos pudessem ser alcançados, foram estabelecidas ações prioritárias aqui resumidas (BRASIL, 2013): (1) oferta dos cursos de medicina, bem como de vagas para residência médica, reordenada de acordo com a prioridade de regiões carentes de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante, e estrutura de serviços de saúde com condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, apresentando-se como cenário de prática para o aprendizado efetivo

por parte do estudante; (2) novos parâmetros de formação médica estabelecidos no País; (3) aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica nas regiões prioritárias do SUS, através da integração ensino-serviço, inclusive, por meio de intercâmbio internacional.

Em termos de produção científica, também surgiram divergências de pontos de vista. O estudo de Vargas et al. (2016) verificou a eficácia do Programa em promover uma melhor assistência à população, bem como uma melhoria, não apenas qualitativa, mas também quantitativa, no atendimento às demandas populacionais e aumento da abrangência de territórios:

> Com a inclusão dos novos médicos às equipes e adesão ao PMAQ [Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica], algumas unidades de saúde passaram por mudanças estruturais importantes e outras novas foram construídas ou estão em construção. Importantes valores utilizados nestas reestruturações das unidades de saúde (Programa de Requalificação de UBS – Reformas) originaram de recursos federais. (...) Com a implantação da ESF no município de Campos dos Goytacazes, graças à adesão ao PMM, muitos serviços de saúde passaram a ser também oferecidos nos domicílios e em espaços coletivos, tais como escolas, igrejas e associações de bairro, ampliando a cobertura e o acesso aos serviços de saúde. As equipes realizam atividades com foco na prevenção de doenças, como palestras, campanhas educativas, dentre outros, e também prestam atendimento eficaz a quem necessita recuperar sua saúde, com consultas médicas, de enfermagem e odontológicas (VARGAS et.al. 2016, p. 1322, 1323-4).

Para Ribeiro (2015), no entanto, o Programa apresentou contrariedades básicas que deveriam ser suficientes para propor que ele nem devesse existir. Sinalizou o autor que pelo menos três equívocos conceituais foram desconsiderados na criação do Programa. O primeiro estaria na forma como o problema foi formulado em torno da epidemiologia da morbi-mortalidade no Brasil – a saber, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e câncer. Deste decorreu, consequentemente, o segundo que, em virtude da delimitação imprecisa do problema, delineou propostas e estratégias inconsistentes para enfrentá-lo. Predominou ainda a conduta biomédica com prioridade na doença, direcionando o tratamento com base em medicamentos e procedimentos como cirurgias. Questionou o autor:

> Ora, se o problema é um estilo de vida caracterizado por comportamento alimentar inadequado e pouca atividade física, por que então propor aumentar o número de médicos para atendimento clínico à população através de abertura de mais faculdades de medicina, mais vagas nas residências

> médicas e importação de médicos estrangeiros? Se o problema é o estilo de vida, então, as ações deveriam ser implementadas para incentivar a população a incorporar hábitos de vida saudáveis. Será que formar mais médicos, aumentar o tempo de graduação com mais dois anos prestando assistência no SUS e importar médicos iria contribuir efetivamente para modificar esses hábitos de vida da população? Certamente que não! Melhorar o atendimento clínico é necessário para o tratamento de doentes, mas não é suficiente para preservar e manter a saúde da maioria dos indivíduos não doentes ainda, porém perigosamente exposta a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças de alta carga na população (RIBEIRO, 2015, p. 423-4).

Interpelou também as estratégias para colocar o médico como bode expiatório em relação à falta de profissionais e das condições desfavoráveis da saúde brasileira, criticando as mudanças propostas na formação em medicina, uma vez que o gerenciamento e subfinanciamento estariam na raiz dos problemas da atenção básica, que se agravava ainda mais em meio à decadência ética que assolava o país. Do ponto de vista de Ribeiro (2015), de nada adiantaria aumentar o contingente de médicos (estrangeiros ou não) se em suas condutas mantivessem a mesma lógica farmacológica e curativa, deixando à margem o grande contingente de indivíduos situados na faixa de risco. Trabalhos educativos e preventivos calcados nos princípios da promoção da saúde eram os que teriam, de fato, condições de promover a melhoria dos níveis de saúde brasileira e desonerar os cofres públicos.

Por fim, o terceiro equívoco conceitual dizia respeito à desvinculação das propostas com os achados científicos. A WHO (2002) já constatou a eficácia da abordagem ecológica[42] para resolver problemas estruturais, semelhantes aos da saúde brasileira, embasando ações multisetoriais e multiníveis que contemplassem prioritariamente crianças e escolas. Esta mesma organização a que o Brasil é vinculado, já identificou quatro comportamentos nocivos à saúde e intimamente ligados ao surgimento e desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) – dieta não saudável, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Para enfrentar esses problemas, a WHO e o MS, respectivamente, elaboraram a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004), a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2006c). Essas estratégias, segundo Ribeiro (2015), deveriam estar na base das propostas de mudança, cujo objetivo era aumentar os níveis de saúde da população e resolver

[42] Esta abordagem será analisada no Capítulo 2 desta tese.

somente problemas referentes às doenças: apenas acrescer médicos nos serviços de saúde não garantiria esses redimensionamentos.

Partindo do princípio de que o Programa agregaria medidas e estratégias visando prover, fixar e formar médicos para atuar no SUS, Kemper (et.al., 2016) analisaram criticamente a produção científica sobre ele e concluíram que, de forma geral, as análises eram positivas e suas interferências nos processos de trabalho dos serviços produziam mudanças favoráveis, além de se consolidar como instrumento de efetivação ao direito da população à saúde, especialmente em termos de universalização e acesso.

O PMM (BRASIL, 2013) apresentou-se como uma estratégia de fortalecimento da atenção primária que, apesar de já ter demonstrado sua eficácia em alguns países, no Brasil, constituiu-se ainda como desafio às políticas de saúde, destarte os importantes resultados já obtidos, como descreveu Kemper et.al. (2016):

> No Brasil, o fortalecimento da APS [Atenção Primária à Saúde] tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a forma brasileira de organizar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo os princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60%7, e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população, além de fortes evidências que demonstram que os resultados da ESF são muito superiores se comparados ao modelo tradicional da APS no SUS (p. 2.786).

Oliveira et.al. (2015) concordaram que o êxito ou fracasso dessa experiência estaria vinculado diretamente com a continuidade da articulação interfederativa, das políticas regulares e regulatórias por parte do estado, do seu permanente monitoramento, avaliação e aprimoramento. As transições demográficas, epidemiológicas e econômicas requereram mudanças de sistema de assistência à saúde e colaboraram para um consenso em torno da ideia de que a atenção básica seria, por excelência, um nível mais efetivo de prevenção e obtenção de melhores resultados, soluções eficazes e retorno rápido em termos de melhoria da qualidade de vida da população. O PMM, neste sentido, até o momento, foi a ação incisiva e, em termos de abrangência, magnitude e celeridade, em uma só tomada, destacou a importância dos recursos humanos no setor saúde, a necessidade do enfrentamento das desigualdades em termos de acesso, fortalecimento da atenção básica e ênfase nas transformações da educação médica preparando o profissional para atuar no SUS.

Foi nessa perspectiva que as novas DCNs de medicina surgiram em 2014, tema que será trabalhado no tópico seguinte, ressaltando suas implicações na vida do estudante.

1.5. NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES EM 2014: PERSPECTIVAS E SITUAÇÃO ATUAL DAS ESCOLAS.

Fenômenos locais, regionais, territoriais ou globais continuavam afetando a saúde da população e interferindo nos perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos – globalização da economia e da cultura, epidemias, surgimento de novas doenças, estilos de vida contemporâneos não favoráveis à produção de saúde – eram desafios a serem enfrentados na formação médica.

Mais de cem anos depois do Relatório Flexner, a educação médica continuava sendo moldada pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico, desconsiderando aspectos sociais, econômicos e psicológicos do campo da saúde (BOELEN; BOYER, 2001). As EMs seguiam formando médicos sem que necessariamente houvesse uma correspondência entre o perfil do egresso e o médico que a população brasileira precisa. As iniciativas da primeira década do século XXI, descritas anteriormente, não conseguiram suprir essa demanda culminando com a Lei que instituiu o PMM, visando diminuir essa lacuna e promover EMs com responsabilidade social.

As novas DCNs surgiram no bojo dessas iniciativas governamentais visando dar uma resposta à população brasileira. Foram aprovadas pelo Ministério da Educação (MEC), através da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, com o objetivo de fomentar uma formação médica generalista, humanista e crítica, capacitando o egresso para ser capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção primária, com compromisso social e responsabilidade na defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população.

O texto definiu que a formação médica deveria: (1) ser orientada pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações; (2) usar metodologias que privilegiassem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração dos conteúdos de ensino, pesquisa, extensão e assistência; (3) promover a integração e interdisciplinaridade aprendendo e atuando em equipes multiprofissionais; (4) ter a presença de ciências sociais e discussões em temas

fundamentais para a formação ética do estudante como a segurança do paciente e a diversidade na garantia de direitos sociais, debatendo questões de gênero, etnia, entre outras condições; (5) prever a inserção do aluno na rede de serviços de saúde desde as séries iniciais da formação e ao longo de todo o curso, proporcionando ao estudante oportunidade de lidar com problemas reais assumindo responsabilidades crescentes; (6) dar centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de Medicina de Família e Comunidade e fortalecer, também, áreas como a atenção às urgências e saúde mental.

Vale destacar entre as reformulações, a obrigatoriedade de que pelo menos 30% da carga horária do internato médico fossem realizados na atenção básica –, uma vez que se estimava que neste nível primário de atenção à saúde, eram solucionados 80% dos problemas apresentados pelos dos cidadãos (STARFIELD, 2002) – e nos Serviços de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo para o internato de dois anos. Para isso, as Diretrizes também previram o acompanhamento acadêmico e técnico dos estudantes.

As novas DCNs introduziram outras mudanças estruturantes em termos de formação médica: (1) avaliações progressivas para o estudante do 2º, 4º e 6º anos e induz o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) para os cursos de graduação em medicina; (2) existência de programas de desenvolvimento e aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina, e medidas de valorização da atividade docente; (3) a criação de programas permanentes de formação de profissionais dos serviços de saúde, campos de prática e aprendizado, além de tratar de novos instrumentos para garantir uma integração ensino-serviço com mais segurança e qualidade; (4) mudanças da graduação articuladas com as da Residência Médica.

1.6. O LUGAR DO ESTUDANTE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO.

1.6.1. Educação médica e saúde mental do estudante: efeitos de uma conjuntura

A avaliação dos cursos de medicina pelo MEC, além de outros itens fundamentais previstos nos seus Projetos Pedagógicos (PPCs), baseados obrigatoriamente nas DCNs, sustentava a existência de serviços de apoio

psicopedagógico aos estudantes. Publicações sobre esses serviços, tais como a de Millan (1999), mostraram as realidades que os estudantes eram submetidos e revelavam dados sobre as afetações provocadas por essas realidades. Essas especificidades retratavam, entre outras questões, a particularidade das problemáticas que circundavam a formação médica e que afetavam o estudante.

Na elaboração do projeto de pesquisa foi possível verificar que os estudos sobre a saúde mental do estudante de medicina privilegiavam e focalizavam psicopatologias ou transtornos psiquiátricos. Investigando publicações sobre ansiedade, depressão e estresse entre estudantes de medicina, Baldassin (2010) encontrou 41 estudos abordando o tema na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e mais 141 na base PubMed. Ainda que fossem poucas, as publicações nacionais apontavam a presença de riscos à saúde mental e, em muitos casos, agravos à saúde desenvolvidos durante a formação, tais como distúrbios do sono, síndrome de Burnout, estresse, ansiedade, depressão, incluindo também o uso de álcool e outras drogas.

Este autor considerou que estes transtornos não eram valorizados e nem mesmo visibilizados quando ocorriam em determinados grupos; dentre esses, situava os estudantes de medicina, seus formadores e profissionais de saúde de uma maneira geral: “em alguns casos, por falta de conhecimento e treinamento, ou, como acreditamos também ser possível, por serem eles mesmos uma população com maior número de sintomas de ansiedade, depressão, estresse ou *burnout*” (BALDASSIN, 2010, p. 19). Esses eventos acabavam por “influenciar sua maneira de lidar com a profissão, sua própria saúde e seus futuros pacientes” (BALDASSIN, 2010, p. 24).

Amaral et.al. (2008) investigaram especificamente a prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina. Na pesquisa realizada, entre 287 alunos entrevistados, do primeiro ao sexto ano, 26% apresentaram esses sinais, sendo que 6,9% moderados e graves, enquanto 19,9%, leves.

Guimarães (2007), ao investigar a saúde mental do médico e do estudante de medicina, enfatizou a questão da psicodinâmica[43] do estudante, que se evidenciava desde o vestibular e o acompanhava pela sua longa jornada profissional (seguindo a

[43] Entende-se este conceito como o conjunto de elementos constitutivos do psiquismo humano que se relacionam entre si com o potencial de conflitos. Engloba e apresenta diferentes aspectos que coabitam em uma mesma pessoa e lhe confere uma existência singular. A análise da psicodinâmica necessita, portanto, ser particularizada em um mesmo sujeito ou em um grupo em particular (LAPLANCHE; PONTALIS, 2002).

lógica de uma formação continuada, porém considerando os rituais de passagem, formatura, por exemplo, que marcavam a transição de aluno a residente, agora um profissional em capacitação em serviço). Ressaltou a autora alguns desses conflitos vivenciados pelo jovem ao longo de seu percurso, a partir do primeiro ano até o internato e a residência (entre outros), abordando, inclusive o problema do suicídio.

Em relação aos aspectos psicodinâmicos, Nogueira-Martins (2003) verificou que alguns alunos que escolhiam medicina apresentavam certas características que pressupunham alguma vulnerabilidade psíquica para o estresse, adição e depressão, tais como traços de personalidade com tendências à rigidez ou à compulsão. Diante dessa precocidade de riscos, seduzido pelos ideais tecidos em torno da representação social prestigiosa do ser médico, ele acabava por se colar aos modelos hegemônicos desse profissional, como uma defesa para não lidar com as realidades de seu mundo interno, ou seja, seus lutos, fragilidades, impotências e impossibilidades (GROSSEMAN, 2006).

A pesquisa de Aguiar et.al. (2009) investigou a questão do estresse entre esses estudantes, destacando momentos peculiares relacionados à "formação e à atividade médica considerados de elevada *toxicidade* no tocante ao aspecto psicológico" (p. 35 – grifos nossos). As autoras afirmaram que os elementos tóxicos surgiam desde o vestibular extremamente competitivo e se estendiam até questões relacionadas à metodologia e avaliação do ensino, à graduação em tempo integral por longos seis anos, à grande quantidade de informações que precisava adquirir, à qualidade da relação professor-aluno, à influência/interferência da atividade acadêmica sobre suas atividades de lazer e relacionamentos sociais. Outros aspectos também considerados pelas autoras como estressantes foram: o ritmo dos estudos, alto volume de conteúdos, os cansativos plantões, a escolha da especialidade, os primeiros contatos com o paciente, o término da faculdade, a entrada no internato e ainda outras situações psicossociais como o afastamento da família quando, não raramente, o estudante residia sozinho e distante da família. Restava, por fim, a conclusão do curso que coincidia com o concurso para a residência, cujo ingresso se tornava cada vez mais difícil em virtude da escassez de vagas[44]: "Os estudos nacionais mostravam a

[44] A aprovação recente das novas DCNs (2014) tendem a alterar este quadro. O Artigo 37 prevê que "os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior" (BRASIL, 2014).

sobreposição percentual de médicos em atividade sobre a oferta de vagas-bolsas de residência médica por região no Brasil" (NUNES *et.al.*, 2011, p. 28).

Esses achados foram relevantes e dignos de nota. Porém a proposta deste estudo buscou identificar e evidenciar significações individuais e coletivas que representassem a face de um problema que poderia ser trabalhado. Realizou-se esse empreendimento por meio da escuta dos estudantes, compreendidos como atores sociais, protagonistas do processo de formação, tomando como eixos discursivos a saúde mental percebida pela dinâmica bem-estar/mal-estar vivenciados durante o percurso acadêmico, bem como os processos de violência silenciosa decorrentes desse decurso.

Bellodi (2007, p. 92), abordou especificamente o "mal-estar na residência médica". Parafraseando Freud (1923), a autora realizou uma investigação psicodiagnóstica (utilizando entrevistas e técnicas projetivas) com residentes de clínica médica e cirurgia, e analisou o sofrimento psíquico destes estudantes decorrente da escolha da especialidade em suas nuances, bem como "seu mundo interno marcado pelo inconsciente e suas leis" (BELLODI, 2007, p. 93). Discutiu ainda a questão do estresse e do sofrimento específico em cada ano da residência, mostrando que há uma cadência do 1º ao 3º ano que variava de um choque inicial até a satisfação na conclusão desse período quando, finalmente, sentiam-se, de fato, médicos.

Outros aspectos relevantes na formação do estudante de medicina e seus efeitos sobre sua dinâmica psíquica, especialmente as diversas formas de relações estabelecidas na atuação na prática médica desde a graduação, também deveriam ser considerados. A relação médico-paciente seria um deles, já que, historicamente, sempre foi uma relação considerada privada e tecida no âmbito pessoal, excluídas as interações de ordem social e coletiva. Esse modelo perdurou da Grécia Antiga até o final do século XVII e, desde então, foi alterado quando o hospital passou a ser o *locus* desse encontro, consolidando-se como tal ao longo do século XVIII, até nossos dias. A cena foi, então, alterada "quanto aos seus padrões originais de intimidade e privacidade" (De MARCO, 2010, p. 101) e o encontro passou a não ser mais referentes a duas pessoas, mas intermediada por ações governamentais, regulamentações econômicas, assistenciais e seguritárias, sofrendo inúmeros atravessamentos que não apenas o alteraram, mas passaram a sobredeterminá-lo.

Cedo o estudante deparava-se com estas interferências e sofria também com elas à medida que o paciente reproduzia com ele o comportamento ofensivo que deveria ser dirigido ao sistema de saúde, mas que se sintetizava na figura do médico. Movido por uma cultura paternalista difundida pelo Estado, requeria que este profissional ou o acadêmico atendesse suas demandas, o que lhe causava angústia e ansiedade ao ver-se, por um lado, pressionado a fazer algo que ainda não se sente capaz e, por outro, alimentar seu sentimento de onipotência (ROCCO, 1992, p. 50).

As mudanças nos cenários de saúde, a partir da promulgação do SUS (BRASIL, 1990) que introduziram novos paradigmas como, por exemplo, o da integralidade, colaboraram para alterar as relações nos serviços de atenção e cuidado aos pacientes e requerer uma abordagem interdisciplinar nas práticas de saúde. Porém, a ênfase em componentes curriculares de conhecimentos estritamente biomédicos, sem interlocução com outras áreas de conhecimento, movida por uma cultura de hegemonia da biomedicina, ainda era uma realidade em muitos cursos, destarte as DCNs determinarem a formação generalista e interdisciplinar. Como consequência, ao não ampliar o olhar para as problemáticas apresentadas pelos doentes, focalizava-se somente a doença causando um empobrecimento das realidades de saúde da população, reduzindo-se as possibilidades de resolutividade dos casos atendidos, ocasionando pouca abertura para discussões com outros profissionais de saúde, inviabilizando o trabalho em equipe e, consequentemente, agravando os problemas nesse campo (TÓFOLI; RIBEIRO; GONÇALVES; 2012, p. 216).

Se historicamente os serviços de apoio psicopedagógico aos estudantes surgiram como uma resposta ao fracasso escolar e problemas de aprendizagem em diferentes cursos, no caso da medicina, sua existência transcendia esse âmbito. Tratava-se de um fenômeno que precisava ser compreendido no contexto do movimento de transformações da educação brasileira, ao qual o campo médico estava, necessariamente, atrelado.

A construção da identidade profissional coincidia com a construção do projeto de vida desses jovens estudantes; nesse contexto o sofrimento psíquico era uma possibilidade pelas adversidades advindas da formação. Não haveria, nesse sentido, um maquiavelismo quanto à produção de estímulos adoecedores e sim uma realidade, um encontro de um jovem com o seu desejo de ser médico: múltiplos destinos impossíveis de serem previstos afloravam desses encontros tipicamente humanos.

Fazia parte de processo eventual decorrente do dinamismo da vida, o que não impedia, no entanto, que fosse um evento problematizado e discutido.

Foi esse o intendo deste trabalho, demonstrar a relevância de tomar este problema como questão de pesquisa, a fim de fundamentar possíveis ações em diferentes níveis: no campo da saúde mental ampliando o conceito e as noções em torno do bem-estar dos sujeitos; no campo da formação médica que deveria dar protagonismo ao estudante no percurso acadêmico.

1.6.2. O problema estudado

Embora os problemas referentes à saúde mental sejam parte do campo da saúde coletiva, tal como reconhecido pela OMS, nem sempre são questões visibilizadas e pesquisadas. A redução da questão a transtornos psiquiátricos ou ao campo da psicopatologia colabora para que situações e contextos vivenciados pelos sujeitos sigam obscuros e sem solução. É o caso dos estudos em torno da saúde mental dos estudantes de medicina.

Assim um dos objetivos deste estudo foi dar visibilidade a essas questões e abrir a possibilidade para intervenções seguras e produtivas. Apesar das resistências, a educação médica tem passado por mudanças a mais de duas décadas no cenário brasileiro, como demonstrado anteriormente neste Capítulo, tendo sobre si a exigência de promover uma formação que atenda às demandas da população no âmbito da atenção básica. Tem estado envolta no contexto das transformações na área da saúde pelas interferências da OMS, que alterou o conceito de saúde (1948), promoveu Conferência de Alma-Ata (1978), e também por outras introduzidas pela Constituição Federal (1988) e pela promulgação da Lei 8080/1990.

A ABS tem sido estudada ao redor do mundo. As experiências exitosas de alguns países como Cuba, Canadá e Inglaterra, que colocavam prioridades no nível básico de atenção e assistência, vêm motivando reformulações nos modelos de saúde e provocando novas concepções sobre o processo saúde-doença. Starfield[45] (2002) a definiu como porta de entrada do sistema de serviços de saúde, em um nível de atenção que implica um olhar clínico para além da enfermidade em si. Para isso, o

[45] A autora prefere o termo Primário para qualificar o nível básico de atenção à saúde, nomenclatura usual no âmbito brasileiro. Conceitualmente, porém, eles podem ser sinônimos.

profissional integraria uma variedade de problemas considerando suas estruturas, o processo e os resultados.

Como foi apresentado neste trabalho, esse fato era novo na história da medicina no país que se desenvolveu *per se*, sem necessariamente responder à saúde populacional, uma vez que as propostas biomédicas se concentravam no tratamento das doenças e não nos problemas de saúde individuais ou coletivos. O desenvolvimento do campo da saúde coletiva a partir da década de 1970 também colaborou para que essas novas exigências passassem a ser prioridade na agenda da saúde e, por consequência, da medicina. Desde a década de 1950, no Brasil, e no mundo, a Educação Médica passou a ser alvo de preocupações e estudos científicos: percebeu-se uma discrepância, um hiato entre o avanço tecnológico, científico e a construção da identidade profissional do médico distanciada dos principais problemas de saúde da maioria da população.

Segundo Almeida (1999, p. 42), a história recente da educação médica brasileira, por volta da década de 1960, foi marcada por um enfoque quantitativo quanto ao número de médicos insuficientes, questões proporcionais relativas ao número de professor e leitos por aluno, bancadas de laboratório e cadáveres, distribuição de carga horária (CH) etc. Com os problemas de saúde pública se avolumando nas cidades e nas zonas rurais nas décadas de 1970 e 1980, um olhar para as necessidades populacionais passou a ser exigido. Fez-se necessário um redimensionamento para um enfoque qualitativo, ainda que tendo em vista uma excelência técnica, que passou a valorizar o aprendizado prático nos ambulatórios e hospitais.

Pereira e Almeida (2005) mencionaram que as bases conceituais do modelo tradicional foram reinterpretadas para atingir as relações sociais, “o estabelecimento de novos critérios de convivência entre os sujeitos e variadas articulações entre ensino-comunidade-serviços” (p. 71). Apesar dessa importante mudança inicial, as ações formativas das EMs seguiram em uma perspectiva filosófica individualista, adaptativa e, consequentemente, se manteve ignorando a subjetividade e o contexto cultural dos alunos e pacientes, desconsiderando o conceito de saúde preconizado pela OMS que colocava em relação às dimensões biológicas, sociais e psicológicas do processo saúde-doença. Segundo as autoras (PEREIRA; ALMEIDA, 2005), apesar dos avanços em termos de políticas públicas de saúde, essa ideologia ainda tem norteado o ensino e a profissão médica.

Com as DCNs de 2001, objetivos educacionais baseados nos novos paradigmas educacionais, para essa área de saúde, foram traçados visando ao desenvolvimento de competências técnicas e humanas, através de estratégias educativas capazes de equalizar a construção do conhecimento científico com o desenvolvimento de habilidades e atitudes voltadas para uma prática profissional humanística; acreditava-se que, assim, os alunos estariam aptos para atuar na assistência aos indivíduos portadores de patologias, e também para desenvolver ações preventivas e de promoção da saúde. Previam a oferta de serviço de apoio psicopedagógico aos estudantes como parte da promoção desse tipo de formação.

Contudo, dez anos após sua promulgação, a formação oferecida continuava calcada no modelo biomédico e a organizar-se em torno de referenciais cartesianos e tecnicistas, promovendo a formação de médicos identificados com fragmentações do saber, que lhes impossibilita de estabelecer conexões com as realidades sociais e as questões subjetivas da população alvo de sua atenção (LAMPERT; BICUDO, 2014). Discussões em torno dessa problemática alinhadas com a percepção da necessidade de diminuir o hiato e a atenuar a distância entre a formação recebida e as necessidades de atenção e cuidados da população, entre outros tópicos, culminou com a promulgação das novas DCNs para os cursos de medicina (BRASIL/MEC/CNE, 2014).

Em alguma medida, essas mudanças produziram efeitos na relação do discente com sua própria formação e, consequentemente, pôde favorecer ao surgimento de riscos a sua saúde. Em decorrência disso, também houve uma crescente preocupação com a saúde mental dos alunos desses cursos, questão esta que tem sido ampliada nas últimas décadas. Desde sua fundação em 1948, a (OMS) passou a conceituar saúde como total e completo bem-estar físico, psicológico e social e não como mera ausência de doença. Do mesmo modo, o conceito de saúde mental também passou a ser vinculado a aspectos referentes ao bem-estar – e não mais considerado apenas como mera ausência de transtornos mentais –, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros, pressupondo equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas.

Almeida Filho; Coelho; Peres (1999), buscando um aprofundamento do conceito de saúde mental, consideraram que apesar de todas as transformações que esse campo de estudo e pesquisa vem passando,

> (...) a concepção da saúde como ausência de doença continua a ser reafirmada pela prática da Medicina Contemporânea (...) Os modelos de doença e os modos de adoecer são relativamente pautados pela patologia e pelos processos sociais de normalização, contrastando com as inúmeras e criativas maneiras de estar sadio (p. 119).

E concluíram: “a saúde deve ser tomada como *conceito aberto*, no sentido de que os signos, significados e práticas mostram grande variação, pois não é possível um padrão unificado de normalidade para a saúde” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 119 – grifos nossos). Nesse sentido, Almeida Filho (2011) atrelou os conceitos de saúde e de saúde mental.

O campo da saúde mental apresentava-se bastante vasto e seu significado tem sido reduzido equivocadamente a um sinônimo de doença/transtorno mental. Isso se justificava pela dificuldade de se definir precisamente o que seja saúde mental. A WHO (2002) estabeleceu fatores que sintetizaram o conceito: bem-estar subjetivo, auto eficácia percebida, autonomia, competência, pertencimento a grupo, auto realização de potencial intelectual e emocional da pessoa, englobando também dimensões psicológicas, sociais, ambientais, culturais, econômicas, em uma concepção multifatorial do fenômeno.

Fonseca (1997, p. 12) já previa a necessidade dessas redefinições e afirmou que a saúde mental estaria envolvida com o “equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas; o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares”.

Definições mais recentes consideraram que o conceito de saúde mental, como objeto científico, deveria considerar ambiguidades e inconsistências em uma abordagem metafórica para permitir a construção de uma faceta investigativa e a possibilidade da emergência de sentidos, por uma proposta hermenêutica, que permitisse o engendramento do novo como síntese para além de múltiplas determinações:

> Saúde-doença mental será, portanto, uma imagem, uma configuração, uma dessas curiosas formas que, em consequência do que referem no mundo concreto, somente fazem sentido como uma Gestalt, como um integral. (...) A medicina moderna diagnostica e trata a doença, enquanto os pacientes sofrem de enfermidade, o que estabelece um problema ‘comunicacional’ no encontro entre médico e paciente. (...) O conceito de transtorno mental, com base na psicopatologia biomédica, apresenta um alto grau de estabilidade como modelo explicativo e uma restrita aplicabilidade a contextos coletivos (ALMEIDA FILHO, COELHO, PERES, 1999, p. 122).

O mesmo autor reiterou essa consideração em outro momento mais recente (2011) e atrelou a elevação dos índices relativos à melhoria da saúde mental e diminuição de morbidades a diferentes aspectos e dimensões: ao tratamento e à reabilitação de casos, superação do modelo hospitalocêntrico que apresenta grande potencial iatrogênico e de estigmatização social; organização de rede de saúde mental e expansão da cobertura; serviços assistenciais mais efetivos e qualificados. Esse modelo é colocado em risco pela tendência à psiquiatrização da vida social e, em consequência, a medicalização do cotidiano; ainda, pela exacerbação do incremento tecnológico e da cobertura desmedida em decorrência da elasticidade das demandas por serviços:

> Nas sociedades multiculturais que praticamente definem o que se vem chamando de pós-modernidade, o pluralismo étnico, a exclusão social, a brecha geracional, a desigualdade de gênero, e tantos outros processos heteronômicos, indicam *a necessidade de aparelhos de cuidado psiquiátrico culturalmente sensíveis* (ALMEIDA FILHO, COELHO, PERES, 1999, p. 123 – grifos nossos).

No que se refere ao conceito de psicopatologia também se verificou certo reducionismo à descrição catalogada de sintomas, a fim de se chegar a um diagnóstico de um transtorno determinado descrito em manuais classificatórios de saúde existentes. No entanto, essa realidade fugia ao sentido etimológico do termo, que traz em si a expressão *pathos*, do grego, relativo, a paixão, adoecimento, envolvendo uma dimensão existencial e singular. Segundo Silva Filho (2007), psicopatologia implica, assim, necessariamente, a dimensão subjetiva do sintoma, não podendo ser reduzido a nenhum tipo de objetividade, correndo-se o risco de, se isso acontecer, cair-se em uma concepção monista reduzida ao aspecto orgânico químico cerebral. Como consequência direta, as chances de uma resolutividade ao se tratar dos problemas psicopatológicos – principalmente aqueles suscitados pelos modos de vida contemporâneos – diminuem consideravelmente.

A OMS pretendeu que, do mesmo modo como saúde fosse pensada para além da mera ausência de doença, a saúde mental também fosse concebida para além das doenças e deficiências mentais, sendo possível entender que até mesmo o sujeito portador de um transtorno psiquiátrico poderia apresentar momentos de saúde, sendo o contrário também verdadeiro. Um dos fatores que causava um forte impacto no estudante era a descoberta de que um bem-estar todo e completo durante a formação

(e em qualquer outra instância da vida) era da ordem do impossível. Cedo ele se deparava com realidades desconhecidas referentes ao curso que não era possível prever e algumas chegavam a ser até decepcionantes, como as longas horas de estudo e grande volume de conteúdos que resultavam em poucas horas de descanso, investimentos pessoais ou lazer, exigindo uma dedicação quase que exclusiva e ininterrupta.

Para atender essas demandas, serviços de apoio psicológico eram oferecidos pelas universidades. Em uma revisão de literatura sobre a história da assistência psicopedagógica a estudantes universitários, Cerchiari et al. (2005) encontraram dados sobre a primeira oferta em 1910, nos Estados Unidos. Loreto (1985 apud DALTRO; PONDRÉ, 2011) afirma que no Brasil, em 1957, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco foi a primeira a instituir esse tipo de serviço, cujo objetivo era oferecer assistência psicológica e psiquiátrica aos estudantes do curso de medicina, apoio àqueles que apresentassem comportamentos decorrentes de perturbação mental. Estendeu posteriormente a oferta para outros cursos.

Desde então, a expansão dos serviços tem sido notória, não apenas para cuidar dos alunos que apresentassem certas problemáticas, mas também para desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde. Essa proposta corroborava a concepção atual de saúde da OMS, que enlevava a integralidade da assistência e esse tipo de investimento, o que incluía a saúde mental.

Acreditava-se que oferecer uma formação ética e humanística, pode resultar em uma atuação profissional com esse perfil, sendo o contrário também verdadeiro. Mas isso envolveria o desafio das mudanças estruturais no modelo do ensino médico, avanços metodológicos e inserção de campos de conhecimentos afins, em diálogo, desde o início da formação. Nesse sentido, os serviços de saúde de apoio psicopedagógico aos educandos têm sido considerados de especial importância por possibilitar “a inclusão de subjetividade no processo de formação” (DALTRO; PONDRÉ, 2011, p. 117).

Millan; Arruda (2008) consideravam que os estudantes ingressantes nos cursos de medicina apresentavam um perfil bem peculiar, capacidade intelectual e cognitiva elevadas, porém com acentuadas características do desenvolvimento emocional, típicas da adolescência. Além de passar uma fase, não raramente, extensa, altamente estressante e desgastante emocionalmente em função das provas de acesso ao ensino superior, o jovem também vivenciaria conflitos relacionados à construção da

identidade pessoal e profissional, e ambivalências entre os mundos internos e externos (HOIRISCH, 1992, p. 71).

Haveria uma assimetria, portanto, entre a entrada na vida adulta e o ingresso no estudo universitário profissionalizante marcante da história de vida do universitário. Essa passagem ficaria mais nitidamente marcada pelo ingresso no mercado de trabalho, acentuando-se a necessidade de uma formação continuada. Em consequência, os pais necessitariam subsidiar os filhos financeiramente por mais tempo, acarretando em contrapartida, exigências por realização pessoal, profissional e financeira que não seriam atingidas somente com a conclusão da graduação.

Como se pôde observar, o discente era submetido a uma série de exposições familiares, sociais, culturais, econômicas, além daquelas próprias do curso: o ambiente universitário médico estressante, desafiante e marcado por competitividade, múltiplas exigências, contato precoce com a morte e com o cadáver durante as aulas, discurso científico, além de outras exigências adaptativas quando ele tinha de se afastar da família, amigos e outros espaços para estudar em outra cidade.

Em resumo, a posição de alguns autores coincidia em relação às marcas predominantes adquiridas no percurso acadêmico do estudante de medicina e que definiam a construção da sua identidade profissional: os projetos pedagógicos que em grande parte ainda se baseavam em uma formação tradicional e que acabavam por reforçar na prática uma postura distanciada da pessoa do paciente, do seu sofrimento e dor, a idealização do médico com atributos divinos, logo onipotentes (MELLO FILHO, 1992, 2006; MILLAN, 1999; BELLODI, 2007; GROSSEMAN, 2006).

Os jovens estudantes ficavam, portanto, expostos a estas pressões:

> Muitos são os sinais da vulnerabilidade da juventude às dificuldades de encontrar um lugar no universo individualista da sociedade contemporânea: a elevação da taxa de suicídio, o crescimento das condutas violentas e criminais entre os jovens, a disseminação do uso de drogas e álcool (SAGGESE, 2012, p. 24).

Recorriam a essas alternativas como “solução temporária” (OSSE; COSTA, 2011, p. 120), entre outras razões, pela ausência de acolhimento de suas demandas, seja pela família ou pela própria universidade, caso não encontre esse apoio. De toda forma, geralmente, não era comum encontrar espaços para discussão sobre essas questões na estruturação do curso ou em sala de aula, ou na oferta de trabalho de grupo (OSSE; COSTA, 2011).

Questionou-se em que medida essa realidade poderia ser considerada como uma violência à vida do jovem e que tipo de violência seria essa. A WHO (2002) a define como um termo amplo que deve ser pensado em sua pluralidade – violências – por se constituir como fenômeno complexo e multifatorial que envolve aspectos sociais, econômicos, culturais, psicológicos, entre outros, no plano individual ou coletivo. Ainda identifica três tipos: a autoinfligida (envolve o comportamento suicida e o autoabuso); a interpessoal (subdividida em familiar, doméstica ou de parceiro íntimo) e a coletiva (social, política, comunitária). Quanto à natureza dos atos violentos, discrimina quatro tipos: violência física, sexual, psicológica e aquela que envolve negligência ou privação.

Também foi interessante pensar nas violências como fenômenos polissêmicos, que suscitam uma multiplicidade de sentidos. Leite (1991, 1998, 2009, 2010), Leite, Leite e Botelho (2008), Leite et.al (2011), nestes e em outros trabalhos, apoiada no conceito de violência simbólica de Bourdieu (2007/1989), percebeu um tipo tênue de manifestação que denominou de violência silenciosa, ou seja, aquela que se expressava em atos sutis que violavam a dignidade humana e se associavam a aspectos simbólicos, sintetizando as outras formas sobrepostas. Como resultado, acabava sendo aceita como um aspecto normal, naturalizado por muitos dos que a vivenciavam, dos que a praticavam e dos que a assistiam.

De um modo ou de outro, todos os tipos de violência definidos pela OMS são perceptíveis pelos seus visíveis danos. A violência silenciosa, no entanto, não tinha visibilidade direta, pois ela afetava o sujeito sem que isso fosse tão nitidamente notado ou nomeado como ação violenta ou efeito de violência. As inúmeras imposições às quais o sujeito era submetido acabava por levá-lo à aceitação passiva de realidades e conjunturas e a renúncia de seus próprios desejos e projetos, sem que se desse por conta disso, a não ser por seus efeitos posteriores, geralmente comprometedores da saúde.

Leite (2010, p. 5) considerou que “as diversas formas de violência [em especial, a violência silenciosa] são capazes de alterar a percepção individual do bem-estar emocional e psicológico e de reduzir a capacidade do indivíduo para funcionar de forma independente e autônoma no seio da sociedade”. Não poderia ser diferente: a violência é parte da vida humana, um produto das relações, da impossibilidade de uma comunicação plena e de conflitos de toda ordem. Toda a sociedade desenvolve

algum tipo de violência, ainda que umas sejam mais violentas do que outras. A história das sociedades revela, assim, a história da violência (MINAYO, 2006).

O intento desta pesquisa foi evidenciar os efeitos da violência silenciosa na vida dos estudantes de medicina, que se revelavam na dinâmica bem/mal-estar durante a formação. Acreditava-se que por meio dos resultados obtidos, futuras propostas de intervenção pudessem ser formuladas e colaborar para minimização dos riscos à saúde mental. Dias et al. (2008) afirmaram que, embora tenham sido desenvolvidas no Brasil muitas pesquisas sobre juventude, há poucos estudos que privilegiaram temas específicos que colocaram em evidência fatores de risco e proteção. Consideraram os autores: “entre as diversas etapas e mudanças que os adolescentes têm de enfrentar em sua vida, uma está relacionada com sua escolaridade e inserção no mundo laboral” (p. 625). No caso dos estudantes de medicina, esses dois fatores dependiam de sua permanência do curso, o que implicava o desafio de enfrentar a realidade da formação cotidianamente, cumprindo com suas exigências sem ceder à pressão de desistir, envolvendo conflitos, tensões, crises, típicas situações de violência silenciosa.

Para tecer análises sobre estas circunstâncias peculiares na vida do jovem foram escolhidos dois eixos conceituais: violência silenciosa e saúde mental como formulação não restrita à psicopatologia, transtornos psiquiátricos ou mera oposição à doença mental. No próximo capítulo, ambos foram discutidos e situados nas dimensões necessárias à construção deste trabalho.

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVA CONCEITUAL

2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Dois conceitos fundamentais a este estudo foram: saúde mental e violência silenciosa. O primeiro situado no conjunto das formulações que, por vezes, o colocavam como sinônimo de transtornos psiquiátricos ou, ainda, em uma posição mais reducionista como ausência de doença. Todo o esforço teórico caminhou, assim, para dar-lhe um contorno e oferecer um planeamento sólido, consistente e estrutural que pudesse embasar as análises e discussões que foram desenvolvidas neste trabalho. Quanto à violência, territórios teóricos foram percorridos passando por concepções de diferentes autores, para se chegar ao conceito de violência silenciosa proposto por Leite (2008, 2010, 2011) e construído ao longo de sua trajetória como pesquisadora. Esse fenômeno que passava despercebido no cotidiano das práticas de saúde, devido a sua característica peculiar de invisibilidade, foi considerado de especial importância neste trabalho para evidenciar, por seus efeitos, situações de conflito e sofrimento psíquico, mas que, sem a devida abordagem, passavam incólumes, entremeados às condutas banalizadas e naturalizadas.

2.2. SAÚDE MENTAL E A DINÂMICA BEM-ESTAR/MAL-ESTAR

2.2.1. À guisa de introdução, breves considerações etimológicas e teóricas sobre saúde/doença e saúde mental

Uma das intenções desta tese de doutoramento foi contribuir com achados de pesquisa para conferir uma tessitura conceitual atualizada em torno do tema da saúde mental: mais que simplesmente utilizá-lo, foi necessário expandi-lo, trazê-lo à cena, enlevar a pertinência dessa discussão, dar visibilidade a este debate para colaborar com a diminuição de preconceitos dirigidos às pessoas e ao campo. O percurso deste tópico consistiu, então, mediante aos desafios colocados pelas formulações, em

discorrer, de início, sobre o conceito de saúde, posto que a análise bibliográfica evidenciou que ambos se assentam sobre as mesmas bases filosóficas, epistemológicas e pragmáticas.

Etimologicamente o termo pôde ser explorado para verificar essa multiplicidade de sentidos, apontando para uma única direção: a integração de um todo. A palavra saúde em português (do latim, *salus*, significa qualidade do que é inteiro, íntegro), apresenta a mesma raiz etimológica encontrada no castelhano (*salud*), no francês (*salut*) e no italiano (*salute*). Nos dicionários da língua portuguesa saúde aparece como sinônimo de força e vigor. *Salus* foi originado do termo *holos* (do grego), indicativo de totalidade e é derivado do radical *salvus* (do latim medieval), que indica manter a integridade física vencendo ameaças. O termo *santé* (do francês) tem origem no latim medieval, *sanus*, que indicava tanto puro, quanto verdadeiro. *Sanitas* é a condição de *sanus* e, daí, *sanidad* (sanidade, sanitário, sanatório). Sanus, do grego, significa intacto, bem conservado, infalível ou seguro. Daí a expressão “são e salvo” (CANGUILHEM 2005/1988, p. 38).

No inglês, utiliza-se o vocábulo *health* para indicar tratado, curado e, em última análise, inteireza. Há ligações etimológicas com o radical grego *holos* (que também originou a palavra *holy*, indicativa de sagrado) que, no português, encontra um similar, “são” que indica sadio ou santo. Esta língua é, especialmente relevante pelo antônimo de saúde, no caso, doença que não é definida por um único referente, mas que, aproximadamente, encontra traduções equivalentes no português. A Tabela 3 foi construída na tentativa de esquematizar esses múltiplos sentidos, inspirada em Camargo Junior (1998), Almeida Filho, Coelho e Peres (1999), Almeida Filho (2011), Czeresnia (2003), Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013).

Essa diversidade resulta em dificuldades para constituir o objeto de análise saúde e driblar os métodos positivistas limitados para lidar com as particularidades dos dados oriundos de uma abordagem integrativa e interdisciplinar. Para trabalhar com tal multiplicidade, uma via de acesso pode ser encontrada em uma perspectiva semiológica que ultrapasse a série patologia-doença-enfermidade e implique a tríade saúde-enfermidade-cuidado, regida por uma lógica múltipla e plural que se faz reconhecer por seus efeitos.

TABELA Nº 03: Quadro esquemático das traduções da palavra doença inglês/português, com suas significações usuais e formais.

INGLÊS	PORTUGUÊS	SENTIDO
Pathology	**Patologia**	Referente ao estado de estar doente de uma forma visível à ciência e à assistência.
Disease	**Doença**	Caracteristicamente uma concepção técnica, conceito de doença na condição de objeto de conhecimento que permite o diagnóstico e baseados em critérios objetivos desenvolvidos pelo saber instituído. Designa a doença tal como concebida no vocabulário científico veiculado e consagrado entre profissionais e pesquisadores; não é uma referência ao nível individual ou a percepção subjetiva, ao contrário, conota uma tipologia já consagrada no âmbito acadêmico ou assistencial com base em modelos classificatórios. Em outras palavras, refere-se a alterações ou disfunções de processos biológicos e/ou psicológicos, numa concepção biomédica, que ocorrem de forma independente ou diferente da percepção do indivíduo.
Disorder	**Transtorno**	Termo consagrado pela tradução e versão brasileira da Classificação Internacional de Doenças (CID-X), que já está na sua décima edição.
Illness	**Moléstia**	De caráter mais pessoal, designa a intuição e percepção pessoal de algum incômodo e a reação pessoal de sentir-se mal, ou seja, refere-se à percepção do próprio sofrimento, sensação de estar doente; sofrimento da pessoa que se percebe doente. O verbo molestar é sinônimo de incomodar, indicando, então, que moléstia, pode significar sentir-se incomodado ou sentir incômodo. Incorpora a experiência e a percepção do indivíduo de acordo com os problemas levantados e o contexto em que ocorrem, relacionados à significação da doença em diferentes níveis – pessoais, culturais, simbólicos, coletivos – por exemplo, eles podem emergir da relação dos pacientes e suas crenças sobre a doença, cura e suas formas de controle.
Sickness	**Enfermidade**	No sentido etimológico, deriva do francês, *fermer*, que significa fechar; traz a indicação do controle social da doença, sentido este absorvido no decorrer histórico quando a prevenção de doenças transmissíveis ocorria por meio de isolamento ou confinamento.
Malady	**Mal-estar**	Indica mal-estar em nível mais coletivo, pela incidência de distintas classes de doenças, enfermidades ou moléstias, mas que não são facilmente classificáveis ou perceptíveis como doenças. Refere-se a disfunções, dependências, lesões, traumas, deficiências. O fato de não fazer parte do vocabulário usual da clínica nem das áreas de conhecimento, o conceito refere-se a estados genéricos que revelam certa fragilidade e insuficiência no conceito geral de doença.

FONTE: Elaborado pela autora com base em Camargo Junior (1998), Almeida Filho; Coelho; Peres (1999), Almeida Filho (2011), Czeresnia (2003), Czeresnia; Maciel; Oviedo (2013).

O processo saúde-doença, assim, apresenta uma variedade de sentidos: clínico (doença), estrutural psicopatológico (transtorno), epidemiológico (risco), saúde pública (morbidade), socioecológico (processo complexo), semiológico (protótipo, modelo), e no imaginário social (forma). Conjuntamente eles podem explicar os fenômenos relacionados às patologias se, necessariamente, mantiverem-se unidos e

entendidos em conjunto. Se tomados em particular, comprometerá a compreensão e colaborará para um reducionismo, impedindo para a assertividade de diagnóstico, boa condução do tratamento e, consequentemente, contribuindo para agravamentos. A investigação semiológica deverá, assim, servir como uma cartografia para representar certo objeto, seus múltiplos elementos como objeto dinâmico, total e integral, tomado em uma rede processual que dá origem e interliga-se a outros processos:

> Em oposição ao caráter modular e fragmentado da 'doença mental', o objeto-modelo 'saúde mental' só se define em sua configuração inteira, já que tem facetas, acidentes, zonas de sombra, ângulos ocultos, sendo que a mirada de cada um desses ângulos de fato não dá acesso ao conjunto de propriedades definidoras deste objeto. Por esse motivo, devemos pensar o conceito de saúde mental como 'integrais de saúde-enfermidade-cuidado (ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999, p. 120).

Saúde e doença comportam uma multiplicidade de sentidos que devem ser considerados para não reduzir o problema a uma questão meramente biológica. Operam no nível das condições concretas de existir e viver e necessitam ser pensados de forma processual e dinâmica para, assim, permitir o reordenamento de concepções e práticas que favoreçam ao acolhimento e cuidado das situações vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano concreto de suas vidas. Essa concepção é favorecida pelo tratamento de ambiguidades e inconsistências através de uma abordagem metafórica para construir uma faceta investigativa do objeto, como uma possibilidade da emergência e do engendramento do novo como síntese de múltiplas determinações:

> A faceta do objeto integral correspondente a esta instância/domínio; assume a forma geral de "sistemas de saúde-doença-cuidado", produto de modelos sistêmicos essencialmente iterativos, interconectados, fractais (no sentido de que cada elemento configura em si uma rede de processos de nível inferior) (...) Saúde-doença mental será, portanto, uma imagem, uma configuração, uma dessas curiosas formas que, em consequência do que referem no mundo concreto, somente fazem sentido como uma Gestalt, como um integral. (...) A medicina moderna diagnostica e trata a doença, enquanto os pacientes sofrem de enfermidade, o que estabelece um problema 'comunicacional' no encontro entre médico e paciente. (...) O conceito de transtorno mental, com base na psicopatologia biomédica, apresenta um alto grau de estabilidade como modelo explicativo e uma restrita aplicabilidade a contextos coletivos (ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999, p. 121-122).

A concepção de saúde mental como ausência de doença neuropsiquiátrica, transtornos psicopatológicos ou comportamentos confunde programas ou serviços de

assistência psiquiátrica com ações e estratégias de promovê-la. Enquanto objeto, deverá, portanto, ser tratado em uma perspectiva transdisciplinar e dinâmica:

> Objeto-modelo construído por meio de práticas transetoriais, a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: *o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política* (ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999, p. 123 – grifos do autor).

A ciência delineou conceitos e traçou caminhos de compreensão das enfermidades que já foram incorporados no âmbito da existência e uma assimetria acaba por existir entre o ponto de vista médico e da própria pessoa. Esse impasse tem encontrado entraves à resolução na medida em que *illness* passa a ser tratado como *disease*:

> A experiência da saúde e da doença se transforma com os recursos desenvolvidos para diagnóstico e tratamento. As prescrições médicas são incorporadas à ideia de corpo, à forma como este é percebido no decorrer da história. À medida que as práticas e produtos provenientes do conhecimento médico se multiplicam, se disseminam e se intensificam, o corpo é cada vez mais medicalizado. Assim, a vida privada, as relações humanas, a própria existência é, cada vez mais, modulada por prescrições e dispositivos da tecnologia médica (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013, p. 19).

O conceito de saúde por viés de positividade foi inovador na história. Passava-se de uma visão simplista e unidirecional para uma abertura à pluralidade e complexidade que vinha se anunciando para a humanidade desde o início do século XX. Sobre essa nova forma de pensar, Buss (2000) considera:

> A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis (p. 174).

É importante destacar, nesse sentido, que a cultura ocidental está imersa em uma perspectiva científica que afeta o modo como as pessoas constroem suas representações de saúde e doença e lidam com as mesmas. Em outras palavras, no

plano da existência, *illness* e *disease* se entrelaçam e, se assim forem percebidas pelos profissionais ou cientistas da saúde, podem otimizar a dimensão das práticas e da construção dos conhecimentos, ambos voltados para a atenção à produção de um mal-estar (moléstia, *illness*): a intenção de eliminá-lo pode ser infrutífera, pois em um mundo pós-moderno ele vigora de forma generalizada, fazendo do bem-estar pleno e completo, um alvo improvável e questionável.

Essa marca de complexidade da vida humana resulta do advento da modernidade: até a primeira década do século XIX, a medicina era a arte de curar em um contexto que a vida era mais simples. A epidemiologia era uma ciência básica considerada como um saber complementar à clínica. Um dos eventos históricos que, já na primeira metade do século XX, muito colaborou para essa complexificação foi a conjuntura surgida no pós-guerra, quanto o terror decorrente de conflitos armados tirou da humanidade a esperança e a possibilidade concreta da extinção da espécie, passou a ser uma realidade vividamente temida. Naquele momento de desesperança autoridades internacionais uniram forças para reconstruir as nações mais afetadas, evitar que as mesmas atrocidades voltassem a acontecer, bem como os terríveis danos causados no plano global.

Foi no bojo dessas iniciativas que a ONU foi organizada e, em consequência, a OMS[46], assim também a redefinição do conceito de saúde, agora com um caráter mais universal, como estado de total e completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença. A saúde passou a ser reconhecida como direito a uma vida plena e a condições favoráveis para desenvolvê-la. A expressão “todo e completo” tem despertado muitas discussões por parecer ensaiar “um novo misticismo sanitário” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 8). No contexto dos países industrializados, esse processo teve como efeito a emersão de um movimento ideológico importante, a promoção de saúde, com referência a algo totalizante que envolve bons hábitos e valores humanos positivos.

Um dos críticos desse conceito é o filósofo Christopher Boorse (1977 apud ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002) que voltou a afirmar a saúde como ausência de doença. Suas críticas baseiam-se em uma vertente técnica pela dificuldade de precisar o que seria saúde, já que os verbetes total e completo trazem a ideia de algo inatingível, além de uma vertente política, pois, poderia servir a intervenções abusivas

[46] Esses dados foram apresentados no Capítulo 1 da Contextualização do Estudo.

do Estado. Embora o posicionamento de Boorse tenha causado elogios e críticas, ele revela a complexidade que envolve o campo da saúde humana (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002). De todo modo, a concepção inaugurada pela OMS persiste, especialmente, pela essência que traz em si de negar o plano da saúde ao estritamente biológico e a guardar a perspectiva integrativa necessária para lidar com os diferentes aspectos que envolvem o processo saúde-doença.

Uma resposta da OMS a essa questão foi dada em 12 de Setembro de 1978 quando, na cidade de Alma-Ata, na antiga União Soviética (hoje Almaty, atual capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão), promoveu a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde[47] (BRASIL, 2002b), agregando representantes de 134 nações. Desta Conferência resultou a declaração conhecida atualmente como a Primeira Carta de Promoção da Saúde. A princípio, a Conferência tinha um caráter normativo (discussão e resolução em torno de problemáticas complexas como a classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, de normas para a qualidade da água). Apesar de conseguir a cooperação de países membros, eles tinham uma questão mais urgente: o combate a duas doenças transmissíveis de grande prevalência e morbimortalidade: malária e varíola. Como resultado das pactuações ali realizadas, pela primeira vez na história uma doença foi erradicada, neste caso, a varíola. Houve um acordo internacional que envolveu governos e trabalhadores da saúde considerando a urgência de criar estratégias e desenvolver ações globais para proteger e promover a saúde de todos os cidadãos. O conceito de saúde de 1948 foi veemente reiterado, como direito humano fundamental, sendo responsabilidade governamental desenvolver medidas para a realização do mais alto nível possível de saúde em todo o mundo, explorando, especialmente, a dimensão social, e envolvendo ações de muitos outros setores sociais e econômicos, além de saúde.

Destarte essas necessidades, a OMS afirmou seu posicionamento de conceber a saúde em termos mais amplos e enfatizou as enormes desigualdades sociais que decorriam em desníveis em relação a saúde, especialmente entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A Conferência destacou a responsabilidade dos Governos na provisão da saúde e a importância da participação coletiva das

[47] Para maiores informações sobre as Conferências Internacionais de Saúde e suas respectivas Cartas, ver o Apêndice 1 deste trabalho.

comunidades no planejamento e implementação das estratégias e ações de cuidados referentes à saúde.

O conceito de saúde de 1948, portanto, persiste, pois, apesar de não ser, talvez, o mais adequado, ainda tem seu valor: afirma a saúde como direito humano fundamental, destaca a responsabilidade governamental e promove o compromisso estatal de promoção desta. No Brasil, a pertinência dessa abordagem pode ser afirmada pelas experiências exitosas do SUS, especialmente no que tange aos dispositivos das políticas de humanização da saúde e da reforma psiquiátrica, que revelam o quanto integrar os planos biológicos, sociais e psicológicos podem favorecer a prevenção e promoção da saúde.

Conceitos são constructos que têm por finalidade viabilizar a comunicação humana e fazer circular os discursos; “para facilitar nossa exposição do mundo e nossa ação sobre o mesmo, utilizamos “conceitos” que significam mais que conteúdos ideativos, ainda que deficientemente problematizados” (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002, p. 888). Assim, o conceito da OMS não é propriamente uma definição de saúde; tende muito mais a ser uma concepção sobre a saúde humana de repercussões importantes por empreender a superação de dicotomias e promover a abordagem integral como uma condição para os cuidados em saúde. Por isso, necessita ser problematizado para evitar os engodos reducionistas das teorias e abordagens: estado pode ser analisado em sua conotação de provisoriedade e total na sua dimensão aberta e em espiral, e não de plenitude; a vida humana em uma perspectiva de saúde pressupõe tensões e conflitos, interações e separações, ambiguidades e similaridades, diferenças e semelhanças, bem como valores relativos à criatividade (CANGUILHEM, 1988) e à liberdade (DEJOURS, 1986).

A atribuição de sentido para saúde e doença pressupõe considerar as lacunas inevitáveis introduzidas pela dimensão da experiência humana que impedem o êxito de qualquer tentativa geral e definitiva de conceituação. Pode-se, portanto, representar uma realidade considerando-a conjuntamente no contexto social, histórico e cultural em que essa representação se constrói (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013). Nesses contextos as subjetividades se tecem e são deles inseparáveis.

Se a vida é pleno movimento, o estado de bem-estar total e completo não pode ser um objetivo final, mas o percurso de uma vida que se constrói por meio das experiências. Dejours (1986) utiliza o exemplo da contemporaneidade para mostrar como os sujeitos (pessoas comuns e profissionais) têm tratado da questão da

angústia, tentando eliminá-la, como sinal de saúde. Ora, estes estados são inerentes à vida, fazem parte de processos humanos e, portanto, há pessoas que gozam de saúde em meio a eles:

> Não se trata de acabar com a angústia, mas de tornar possível a luta contra ela, de tal modo que se a resolva, que se a acalme momentaneamente, para ir em direção a outra angústia. Não é questão de aprisioná-la de uma vez por todas, pois não existem situações assim (DEJOURS, 1986, p. 8).

2.2.2. Das múltiplas concepções à noção de bem-estar

Conceituar saúde é um trabalho que deve considerar: a complexidade das concepções de adoecimento, de uma vida saudável, representações e sentidos que se tecem no interior de uma conjuntura social, econômica, política e cultural; uma variação histórica, diferentes concepções advindas das ciências, religiões, filosofias; aspectos subjetivos, locais, valores individuais ou partilhados, e atribuições de sentidos que, atuando conjuntamente, impossibilitam que a saúde possa representar uma mesma coisa para todas as pessoas em todos os lugares. Isso também é verdadeiro para as diferentes concepções de doenças que também podem ser muito variáveis, especialmente as doenças transmissíveis em relação às quais surgiram, ao longo da história, diferentes formas de compreensão e tratamentos.

Desde a década de 1970, a promoção da saúde tem sido uma concepção predominante e tornou-se uma tradição em referência à atenção primária de cuidados em saúde, relacionada à medicina preventiva e, mais recentemente, com o compromisso mediante à realidade e existência concreta das relações entre saúde e condições de vida. Salvo a pertinência dessas premissas, o conceito, em sua vertente pragmática continua a apresentar lacunas importantes, inconsistências, contradições e obscuridades de grandes repercussões, em especial, no campo das práticas. A biomedicina contribuiu para o esgarçamento das relações entre os conceitos de saúde e a experiência concreta dos sujeitos com relação à saúde, adoecer, perder, morrer e curar. Nesse sentido**,** Czeresnia (2003, p. 40) considera que “não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico”.

Um dos objetivos da Conferência de Alma-Ata (1978) foi lançar uma campanha mundial pela atenção primária à saúde visando efetivar a universalização desta. Como resposta, países como Canadá, Holanda e Brasil determinaram, em suas constituições, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para isso, seria necessário desenvolver uma política que favorecesse o desenvolvimento deste modelo. No bojo dessas transformações foi promulgada, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 que, no artigo 196, decreta:

> Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p 100).

Em 1990, o SUS foi criado tendo este princípio como norteador para dar dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. Desde então, o interesse por compreender o que é saúde é crescente; invadiu as instituições de ensino e pesquisa e fez surgir uma “enorme demanda epistemológica”. Nas palavras de Almeida Filho (2011, p. 11):

> Esse movimento implica enorme demanda epistemológica resultante de ampla pressão social, política, institucional e ideológica. Para atendê-la de modo sério e responsável, o saber científico sobre causas de doenças, que insiste em manter-se bio-médico-clínico em forma e conteúdo, aparentemente pouco teria a contribuir.

Apesar desses avanços, na década de 1980 percebia-se uma inconsistência teórica do conceito de saúde por pouco interesse em relacioná-lo com construtos filosóficos e teóricos devido ao domínio de uma racionalidade metodológica imediatista. Porém, a urgência em desenvolvê-lo tem promovido, desde então, debates frutíferos. No Brasil, o lançamento da campanha “Saúde para todos no ano 2000”, divulgava a ideia de que líderes políticos, instituições de assistência e formação, e intelectuais estariam envolvidos em um projeto que faria da integralidade e da universalidade da saúde uma realidade. No entanto, quase duas décadas se passaram desde então e restou o sabor da desilusão e da frustração por um projeto que não se efetivou. A população continua a carecer de acesso e de um cuidado não fragmentado. Daí a pertinência ainda hoje do debate sobre o conceito de saúde e de saúde mental.

A pergunta o que é saúde, em especial, tem ressoado no campo da saúde coletiva, que tem sua identidade fincada em torno deste objeto e isso no âmbito institucional, político, científico e profissional. A hipótese de Almeida Filho (2011, p. 12) é de que há em torno do conceito um “ponto cego paradigmático”, que se expressa por algo que não se consegue ver, algo que não é visto pela própria ciência e seus agentes de pesquisa. “Questões de fundo” colocam um desafio epistemológico de importância: seria possível compreender o conceito de saúde por um recorte único? Seria possível transitar entre um objeto de duas faces, uma individual e singular, e outra coletiva e plural? Como interligar os saberes e as práticas para produzir transformações nos serviços, situações e condições em que se opera a saúde?

O conceito de saúde envolve uma riqueza, multiplicidade e complexidade que lhe é inerente enquanto fenômeno vividamente humano, sendo possível compreendê-lo de forma empírica, estudá-lo por métodos de análise e percebê-lo pelas consequências que desembocam no cotidiano da vida humana.

Uma teoria da saúde é realmente possível? Ao longo da história, diversos estudiosos têm se ocupado desta questão. Da filosofia de Russel e Hume, até as indicações de Descartes e da problematização de Kant, passa-se às concepções contemporâneas da epistemologia do normal e patológico de Canguilhem (1943, 1966, 1988), a arqueologia do saber de Foucault (1963, 1969, 1983), a psicodinâmica de Dejours (1986), ao mistério da saúde e hermenêutica de Gadamer (1993) e a história natural da doença de Leavell e Clark (1976).[48]

Buscando definir saúde mental, Dejours (1986) afirma:

> Cada pessoa tem sua história, seu passado, suas experiências, sua família. No fundo, toda sua experiência consiste em estabelecer uma espécie de compromisso entre o passado e o presente para tentar escolher o futuro (DEJOURS, 1986, p. 8).

Em se tratando da vida e da saúde humana, o autor considera uma série de compromissos estabelecidos entre o passado, o ambiente, a busca por transformá-lo no presente em uma perspectiva futura. Nesse ponto de vista temporal, não será possível encontrar um conforto nas questões referentes à saúde mental, mas, por meio de objetivos e esperança de alcançá-los, movimentar-se para construir um bem-

[48] A fim de evitar que o capítulo ficasse demasiadamente longo, um breve desenvolvimento das principais ideias desses autores sobre a saúde mental foi inserido no Apêndice 2 deste trabalho.

estar provisório e mutante. Dejours (1986) denomina esse estado de realização de desejo:

> A saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico. *A saúde é quando ter esperança é permitido*. Vê-se que isso faz mudar um pouco as coisas. O que faz as pessoas viverem é, antes de tudo, seu desejo (...) O verdadeiro perigo existe quando não há mais desejo, quando ele não é mais possível. Então, tudo se torna muito incômodo e é aí que as pessoas vão muito mal. (...) Quando o desejo não é mais possível, quando não há mais desejo, temos o que se chama "uma depressão". (...) quando nos vemos diante de um estado assim durável, em que não há mais desejo, o corpo pode adoecer mais facilmente (DEJOURS, 1986, p. 9 – grifos nossos).

Ter saúde mental pode ser considerada uma realização individual e social. Individual porque a capacidade para o trabalho, produção, relação interpessoal e lazer está relacionada ao nível do desejo e das ações de uma pessoa para alcançar e nutrir sua saúde física e mental. É ao mesmo tempo social, uma vez que os níveis de adoecimento populacionais estão relacionados com práticas e ações que acontecem em conjunto: por exemplo, coleta do lixo e prevenção de vetores contagiosos (ratos, mosquitos) periódica em uma dada comunidade prevenirá uma série de problemas, como enchentes, doenças infecciosas ou, em caso de sua não realização, acarretará uma série de adversidades comuns a esse território.

O modelo biomédico, aplicado à saúde pública, desenvolveu-se, a partir do reconhecimento das doenças infecciosas como problemas quase que impossíveis de tratar e curar, tanto pelos efeitos produzidos nas pessoas quanto pela transmissão do vetor patogênico no ambiente favorável ao desenvolvimento do hospedeiro infeccioso. O desenvolvimento de mecanismos de contenção e controle da proliferação eram necessários: construção de sistemas de esgotos, distribuição de água potável, gestão de migrações foram algumas dessas medidas empreendidas pela biomedicina.

Na década de 1970, o desenvolvimento dos estudos da etnopsiquiatria admitiu que a cultura tem um papel fundamental na determinação da norma ou de normalidade, mas nem sempre uma normalidade cultural coincidiria com a normalidade mental, já que a norma determina um padrão cultural. A princípio acreditavam que "a chave para a saúde mental está na capacidade de ajustamento às transformações" (ALMEIDA FILHO; COELHO, PERES; 1999, p. 102).

Em contraposição a esse posicionamento, a psiquiatria transcultural, em um primeiro momento, considerou, nessa mesma década, que os modelos psicopatológicos desenvolvidos tinham relações com o contexto ocidental. Passou a

revogar, então, o desenvolvimento de um novo paradigma teórico e metodológico que pudesse considerar padrões particulares e significados locais dos comportamentos. A diversidade de noções sobre as concepções de doença está atrelada aos conceitos de signo e sintoma, a primeira relacionada a patologia e suas manifestações objetivas e a segunda, à enfermidade e a experiência de adoecer.

Em um segundo momento, no entanto, a psiquiatria transcultural afirmou que tanto *disease* quanto *illness* envolvem construções sociais em torno de si, que englobam tanto as concepções científicas que passam a compor o imaginário social quanto às formas que as pessoas utilizam para lidar com o processo de adoecimento. Ambas são processos anteriores a *sickness* que é considerada uma "reconstrução técnica do profissional no encontro com o paciente, a partir de uma comunicação em torno do idioma culturalmente compartilhado da doença" (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 102).

Até aqui, o foco foi colocado na enfermidade e não na saúde mental, tomada como mera ausência ou oposição à doença; em uma visão mecanicista, a doença deve ser eliminada para que o corpo máquina retome seu funcionamento, mantendo a relação doença-cura. A antropologia médica ofereceria, nesse caso, o método adequado para investigar as experiências das pessoas com o adoecimento em diferentes grupos: a doença seria resultante da interação entre a reflexão do que promove o adoecimento e este em si mesmo que poderia ser verificado nas narrativas e nos rituais dos grupos em torno do sofrimento e da dor.

A racionalidade médica ocidental é questionada pelo pressuposto de que a cultura afeta a experiência e a expressão da doença e da sua sintomatologia: a racionalidade clínica seria uma proposta sobreposta à manifestação da doença em sua "realidade biológica". A linguagem e o objeto desta realidade estariam intimamente interligados. A atividade clínica é hermenêutica e interpretativa e, no modelo biomédico, segue-se uma anamnese padronizada para decodificar a queixa e identificar o processo patológico (psicológico ou biológico), e estabelecer o diagnóstico da doença e a conduta para extingui-la. Nele, o sintoma é interpretado como um estado fisiológico alterado e fatores psicológicos, sociais e culturais. São considerados como não influentes na experiência de adoecer; a manifestação e expressão da doença por meio dos sintomas é concebida como um processo à parte, portanto dispensável ao ato clínico. Para a antropologia médica, no entanto, ele é

considerado insuficiente e limitado, necessitando de reformulações no plano teórico e terapêutico.

No cuidado das pessoas é fundamental considerar a enfermidade (biológica ou psicológica) como uma experiência humana, uma construção cultural que emerge de um processo de atribuição de sentido. Na atenção médica, é necessário deixar que se teça na relação com o paciente uma “rede semântica” entendida como “uma rede de símbolos que se constrói na ação interpretativa” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, p. 104), que envolve os sentidos de uma experiência particular e as relações dessa experiência com o contexto cultural no qual está inserido. Surge assim, a necessidade de reconceituação do campo médico para que o objeto da terapêutica e a realidade clínica sejam o produto de uma tradução da rede de sentidos construída pelo profissional e paciente.

Nessa modificação, a enfermidade, enquanto experiência humana de adoecer, expressa-se por sintomas (que se manifesta por uma rede de sentidos que se tece na inserção na cultura). Nessa forma de compreensão consiste a necessária mudança de atividade clínica: passa-se fundamentalmente a considerar e explorar a relação dialética entre “o sintoma (texto) e a rede semântica (contexto)” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 105), entre o plano individual e cultural que origina a experiência de adoecimento.

Na década de 1980, a antropologia médica passou a considerar em suas investigações as condições em que o processo saúde-doença se entrelaça, as organizações dos sistemas de saúde e médicos, os âmbitos econômicos e políticos, os níveis local e global. As estruturas macro e micro sociais e políticas modulam comportamentos, as relações de significação emergem das experiências individuais e sociais e criam representações sobre a vida, a morte, a dor, a doença, a cura, e o saber médico envolvido em toda essa construção.

Essa forma de pensar foi defendida pelo antropólogo americano Allan Young (apud ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 105). Este autor privilegiou as relações sociais como produtoras dos modos de distribuição das doenças em uma dada sociedade, manteve a diferenciação entre patologia e enfermidade, e reconsiderou, porém, a relação entre elas propondo um esquema triádico. Também percebeu que mesmo com essa reformulação esse esquema, ainda muito centrado no indivíduo pouco aludia as relações sociais e os modos como os eventos significativos da enfermidade se ligam a elas. O sistema médico, tem, nesse modelo,

a importante função de compreender a doença de socializar a patologia e a enfermidade, ou seja, de transformar os sintomas e eventos como resultados (*outcomes*) em algo socialmente significante, tendo em vista sua dimensão ideológica traduzida veiculada em saberes. Não priorizam o desenvolvimento de uma postura emancipatória e, como consequência, alimentam a alienação, a reprodução de realidades, a perpetuação de práticas, neutralização de alternativas e estratégias contra hegemônicas: através do processo de medicalização, a condição de doença é reduzida ao nível biológico individual, desconsiderando-se a sua dimensão social, política e histórica (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 106). A concepção da doença, saúde, normalidade não é neutra, compreende, ao contrário, uma rede de significações e sentidos socialmente aceitos como sintomas relacionados a um padrão comportamental sintomatológico, associados a etiologias e intervenções que o legitimou:

> As forças sociais é que determinam quais pessoas sofrem certas enfermidades, exibem certas doenças e têm acesso a determinados tratamentos. A depender da posição socioeconômica do enfermo, a mesma patologia implica diferentes enfermidades, doença e processos de cura (p. 106).

Como saída para esse engodo, Young (1982 apud ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 106) propõe uma antropologia da doença: uma concepção que associa a enfermidade como experiência humana, a eficácia de modelos explanatórios e a rede semântica, conceitos esses que devem ser compreendidos em sua significância ideológica:

> A enfermidade e a cura são práticas ideológicas que reproduzem as relações sociais e os modelos explanatórios, enquanto as redes semânticas constituem construtos, estes, sim, culturalmente determinados. (...) As práticas médicas são práticas ideológicas e de poder, que justificam as distribuições sociais da enfermidade e do tratamento, bem como as suas consequências. Em síntese, a abordagem do modelo explanatório não considera as relações de poder presentes entre os diversos grupos e classes sociais (p. 106).

Na década de 1990, tece-se uma perspectiva interacionista em torno do processo saúde-doença, evidenciando suas limitações na concepção de rede semântica: a primeira, é de interpretá-la de forma parcial, pois toda realidade é polifônica, possui muitas vozes que dialogam e se individualizam dialeticamente. A

enfermidade se constitui, portanto, por múltiplos vieses que se apresentam nas narrativas dos profissionais, do paciente, dos familiares, dos serviços de saúde e pelos sons de fundo que se colocam pela legislação, pelos planos de saúde etc.: “doença encontra-se imersa em uma teia social em que todos negociam uns com os outros a constituição do objeto médico e a direção do corpo material” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 106).

A segunda refere-se à análise da rede de sentidos reduzida às resistências ao saber/poder médico e seus representantes. Enquanto rede ela se tece na dialética da produção/reprodução dos saberes e práticas hegemônicas, permitindo o entendimento de como eles operam, organizam-se e se perpetuam em suas raízes culturais. A noção de rede semântica deve ser ampliada: doença comporta significados plurais, produto de interconexões de experiências, discursos, ações, pensamentos e afetos das pessoas que compõem o âmbito social:

> As redes semânticas são estruturas profundas que ligam a enfermidade a valores culturais fundamentais de uma cultura, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento cultural explícito e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 107).

Nessa perspectiva, a enfermidade é tomada como uma narrativa (texto), seja oral ou corporal, cujas respostas são obtidas por meio da compreensão da complexidade desse processo relacional entre o texto, o sujeito que o lê (profissional) e a inserção social e histórica destes:

> A síntese não é um ato final do leitor, mas um processo em andamento, um ponto de vista em movimento, no qual o reconhecimento da rede de perspectivas, do movimento e das atividades de objetivação oferece valiosas oportunidades para estudos comparativos dos textos culturais da saúde e da doença-enfermidade (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 107).

Para superar a dicotomia cultura-sociedade, que sustenta os campos da antropologia cultural (interpretativa e fenomenológica) e da antropologia social (estrutural e funcional), surge uma antropologia crítica (BIBEAU; CORIN, 1994). As narrativas sobre as doenças encontram sua validação quando são deixadas de ser vistas como textos autônomos e passam a ser concebidas em suas relações com o contexto cultural local e global. As experiências subjetivas constituem-se de representações culturais e sociais da subjetividade, formando um modo particular de

conceber o corpo, a vida e o mundo. Apontam para significações que se revelam em narrativas individuais, histórias de vida de pessoas concretas, que revelam suas concepções das doenças e do adoecimento e do que é saúde mental e sofrimento psíquico. Essa abordagem não deve ser destituída do contexto histórico, mas considerar as interações e relações com o tempo e o espaço macrossocial, o que representa "estabelecer uma conexão epistemológica, teórica e metodológica entre diferentes dimensões da realidade" (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 108).

Guia-se por uma dupla orientação: contextos macro e microssociais, história e contexto de um grupo (considerado como nível local), e pelas concepções produzidas em torno do problema da saúde mental. Ambas devem ser consideradas na semiologia e integradas no modo de lidar com a tríade saúde-enfermidade-cuidado. Em outras palavras, associar o contexto econômico, histórico e político que sobredeterminam a abordagem clínica hegemônica, com a experiência do adoecimento que interfere e está intimamente interligado à identidade individual no âmbito do vivido.

Visto de um outro ângulo, a construção do conceito de saúde mental deve articular "trajetórias individuais, códigos culturais, contexto macrossocial e determinação histórica" (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, p. 108). Essa concepção introduz no campo da Antropologia Médica a questão da multicausalidade dos fenômenos que podem ser agrupados em dois conjuntos de elementos: condições estruturantes (macro contextos) e condições cotidianas (modos de vida):

> As experiências organizadoras coletivas, por sua vez, representam os elementos do universo sócio simbólico do grupo que atuam no sentido de manter a identidade grupal, os sistemas de valores e a organização social (...) os sistemas semiológicos e os modos de produção articulam-se para produzir a experiência do adoecimento (...) [no] contexto socioeconômico, político e histórico nos processos de saúde-doença-cuidado (p. 108).

As pessoas possuem experiências de vida semelhantes no plano cultural e vivências distintas no plano subjetivo "versões das suas narrativas se assemelham em certos aspectos e se distanciam noutros" (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 108), o que implica em autonomia e responsabilidade dos indivíduos sobre o curso de suas histórias de vida em suas conexões com os fatos sociais.

Segundo estes autores, narrativas individuais englobam, ao mesmo tempo, as histórias de vida e as experiências subjetivas e singulares, e “as diferentes vozes expressas pela primeira voz do autor” (p. 108) (grupos sociais – familiares, categorias de grupo etc.). O papel do ativo consiste nesse imbricamento dos fatores sociais e individuais que engendram história social e trajetórias pessoais. Neste ponto fica mais nítido a necessidade de superação do modelo biomédico (que tende à fragmentação do conhecimento e do cuidado) para uma lógica que integra múltiplas dimensões que determinam o adoecimento mental:

> A concepção médica de nosologia, segundo a qual cada signo patológico corresponde a um significado numa rede de causalidade e a procedimentos de cura-cuidado numa rede de práticas terapêuticas, não pode deixar de ser considerada, embora de forma modificada. Além de investigar os elementos típicos dos quadros nosográficos psiquiátricos, a fim de subsidiar o planejamento e a reorientação dos serviços de saúde mental, (...) os comportamentos considerados anormais [devem ser tomados] não apenas como sintomas de transtornos mentais, mas como signos de uma experiência de reorganização da subjetividade (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 109).

Os mesmos autores consideram como características da psiquiatria moderna a:

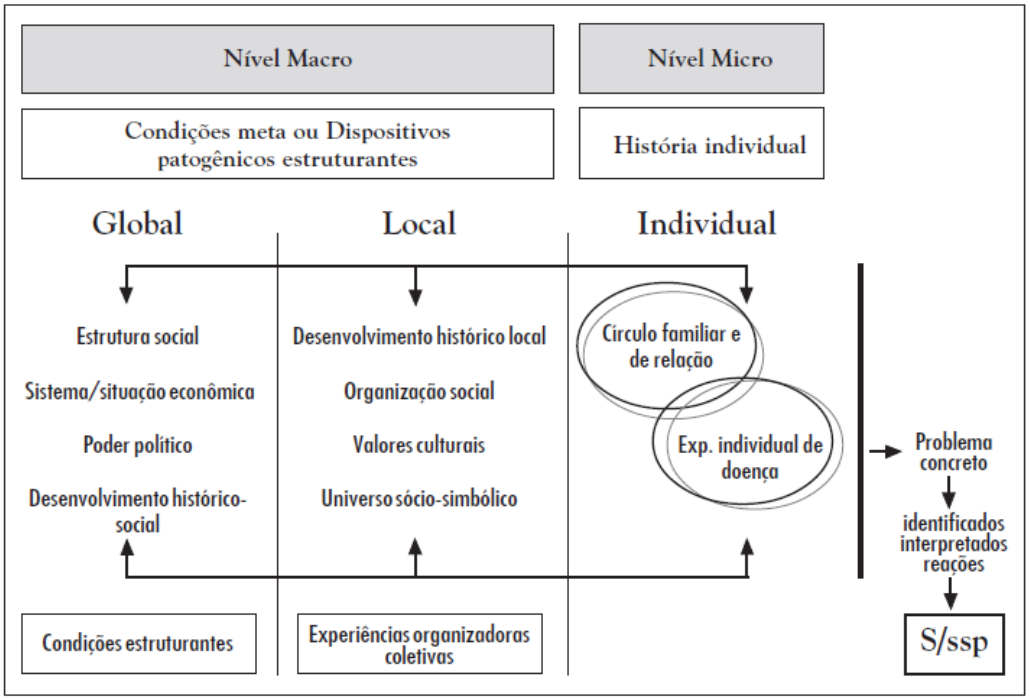
> (...) busca de objetivação e universalização do processo diagnóstico, propondo estabelecer signos objetivos que sejam identificados e classificados de maneira idêntica por diferentes observadores. Tem como pretensão excluir toda subjetividade do diagnóstico, desconsiderando a influência dos fatores pessoais e culturais na psicopatologia a fim de identificar os elementos “reais” e metaculturais dos distúrbios mentais (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 109).

Essa massificação e consequente universalização, resultam na banalização do sentido do sintoma, sobre a qual uma abordagem integrativa biopsicossocial necessita operar para possibilitar redimensionar a compreensão do complexo imbricamento saúde/patologia-enfermidade, como “um novo olhar sobre a enfermidade e uma abertura de sentido no campo da saúde mental” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 109). A questão da atribuição do sentido, nesse prisma, é central, pois propicia uma reorganização da relação do homem com o mundo. Trata-se de um deslocamento do foco dos comportamentos anormais, discursos não convencionais, entendidos como sintomas ou mecanismos de defesa para o âmbito do vivido: “a experiência básica de adoecimento deve ser compreendida a partir de sua ancoragem

na matriz que se constitui a partir da articulação das forças micro e macrossociais" (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 109).

A cultura pode ser referenciada no plano conceitual (pontos de referência baseados em expressões dos sentidos da experiência da enfermidade) e comportamental (condutas esperadas incluídas em um sistema de significações que se manifestam na forma de sentir e expressar as codificações). Chega-se, assim, à noção de Sistema de signos, significados e práticas de saúde mental (ssp/sm), representado pela Figura Nº 01:

FIGURA Nº 01: Esquema ssp/sm



FONTE: Almeida Filho; Coelho; Peres (1999); Almeida Filho (2011).

É neste esquema representado acima que a semiologia popular pode ser compreendida por conhecimentos coletivos que só existem implicitamente no conjunto de elementos simbólicos de um determinado grupo. Desse modo, o ssp/sm constitui-se como um sistema construído socialmente e na história que envolve, indubitavelmente, a superação da dicotomia entre o universal e o particular. Abre-se, assim, a possibilidade da concatenação das concepções populares com o quadro nosológico, fazendo, surgir uma nova abordagem científica nos campos da saúde

mental: “a teoria dos ssp/sm pretende abrir um diálogo entre a particularidade dos casos concretos (definidos, identificados e reconhecidos localmente) e a generalidade do enquadramento científico da clínica ou da pesquisa” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 111).

Critérios diagnósticos associados a casos particulares e variações culturais – derivados de um contexto social, econômico, político e histórico – passam a ser interpretados no conjunto dessas relações que comportam contradições e paradoxos. Ao invés de serem desprezados, devem ser compreendidos como reveladores de caminhos frutíferos à reabilitação. Abole-se, portanto, as formas de classificação hierárquica, exclusiva e estável:

> As categorizações dos sistemas ssp/sm são fragmentadas, contraditórias, parcialmente compartilhadas e construídas localmente, organizadas em múltiplos sistemas semânticos e praxiológicos (estruturados em práticas), historicamente contextualizados e acessíveis somente através de situações concretas – eventos, comportamentos e narrativas (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 111).

Para dar conta dos fenômenos relativos à saúde mental de acordo com essa abordagem, uma metodologia associativa de fatos, narrativas e interpretações deve ser privilegiada. Em relação ao plano factual, considerado como eventos, práticas e comportamentos (de familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, membros de uma comunidade), envolvem expectativas, julgamentos e reações como respostas objetivas dos significados e guiados por valores e normas que definem a posição dos atores num determinado campo social. Reações positivas (inclusão) e negativas (estigmatização) são consideradas por revelar os elementos simbólicos do grupo.

No âmbito das narrativas, considera-se as dimensões sociais e individuais dos discursos e, em especial, a atribuição de sentido na construção da experiência de adoecer, viver e morrer. Nisso reside a relevância das narrativas individuais como via de acesso à rede de sentidos, sobre a visão de mundo de cada um e de um coletivo, nas estratégias simbólicas e imaginárias que se tecem nas relações. Elas revelam e escondem, falam e silenciam, denunciam lacunas e vazios que, conjuntamente, devem ser interpretadas e denotar a riqueza que lhe é implícita. Comporta, paradoxalmente, a dimensão universal por meio de padrões culturais básicos como eixo organizador comum e partilhado coletivamente. “Essa dimensão universal que constitui os sistemas de ssp/sm se apresenta nas narrativas individuais sob a forma

de uma matriz implícita e estruturante” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 112).

E quanto à interpretação, esta pode ser de primeiro nível ou de segundo nível. O primeiro nível, o da hermenêutica popular, refere-se ao modo como uma comunidade identifica, estrutura, interpreta e explica, por meio de um conjunto de signos, as práticas reativas cotidianas que se apresentam nos relatos dos diferentes atores sociais e revelam “as condições específicas de seu contexto cotidiano (...) de modo que múltiplas leituras de um mesmo problema coexistam, algumas delas enfatizando elementos econômicos, políticos, sociais e culturais, e outras elementos individuais ou famílias” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 112). A matriz interpretativa terá por referência a pluralidade dos sentidos, os múltiplos pontos de vista produzidos a partir dos casos concretos. O segundo nível aproxima os conteúdos obtidos da linguagem científica e suas correlações como contextos sociais e culturais que mantém uma influência bilateral e dinâmica com o primeiro nível, fazendo surgir sentidos e saberes que não eram percebidos pelos atores sociais, em um processo de “contaminação” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 112).

A teoria do ssp/sm baseia-se em diversos pontos conceituais. Primeiro, entre a realidade e a representação simbólica desta há uma lacuna que pede por decifração por parte do intérprete: as realidades recebem significações para as pessoas no âmbito do vivido que comportam oposições e semelhanças. A ausência de sincronismo nestas dimensões – da representação da realidade à própria realidade – resulta em um universo polissêmico cultural vivenciado no âmbito individual. Segundo, uma leitura plural do texto vem pela atividade conotativa, ou seja, a atividade interpretativa deve revelar a pluralidade contida no texto e encontrar na conotação a possibilidade de relacionar os sistemas de significação por meio da expressão e do conteúdo, fazendo surgir ou apontando para outros sentidos. “Os significados da conotação são um fragmento da ideologia, na medida em que estão em estreita relação com a cultura, o saber e a história (...) Toda leitura é intertextual” (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 113). Explorar essa dimensão para chegar à relação entre um texto e o que o envolve, é fundamental para compreendê-lo como processo de trabalho de um sujeito social e histórico, o contexto em que é tecido se constitui em um mosaico de citações, assimilações e transformações em novos textos.

Olhando para trás, hoje sabe-se que a Revolução Industrial foi apenas a ponta do iceberg histórico que levou a transformações ainda mais robustas e profundas

quando o desenvolvimento tecnológico se tornou gradativamente mais acentuado. Se havia uma grande preocupação da biomedicina na contenção das doenças, por outro lado, marginalizou os processos humanos que fizeram da vida contemporânea, após as Grandes Guerras Mundiais, um emaranhado complexo originado de múltiplas transformações que afetaram as condições coletivas de vida, paradoxalmente marcadas por processos particulares e singulares. Até então, a saúde poderia ser considerada ausência de doenças, de perturbações físicas ocorridas em decorrência da relação do homem com os agentes externos patogênicos.

Diante da nova realidade que capturou a humanidade, o olhar para a mínima parte perdeu sua eficiência e passou a requerer um conceito de saúde totalizante que pudesse contemplar essa multidimensionalidade e pluralidade causal relacionada aos estados antes desconsiderados, como os psicológicos (sinônimos de saúde mental), por exemplo, hoje compreendidos como facilitadores dos processos de tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

Um novo modelo passou a ser requerido para atender às novas exigências: passa-se a focalizar a saúde, e não mais a doença, a partir de um ponto de vista ecológico. As novas epidemias não apresentam tão facilmente um agente causal como aquelas características dos séculos XVIII e XIX. Agora elas são epidemias éticas e comportamentais (MCINTYRE, 1994 apud ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). O problema da violência é um exemplo emblemático dessas novas configurações: as novas epidemias têm no próprio homem o agente avassalador que não pode ser combatido pelos métodos anteriores; as vacinas não resolvem o problema do comportamento e são ineficazes para alterar estilos de vida. A produção da saúde passa a depender de decisões e escolhas que os próprios homens fazem para si e que potencialmente afetam a vida de outros homens, dando ao problema uma tonalidade coletiva e não apenas individual. Conceitos como promoção da saúde e estilos de vida passam a estar na pauta de debates e nas prioridades da agenda do campo da saúde.

Nas últimas décadas no âmbito político, a Reforma Psiquiátrica consolidou-se ainda que haja um distanciamento entre o plano previsto e sua efetividade no cotidiano das práticas. Convive-se com muitos modelos teóricos sobre a saúde mental, porém os autores consideram que há uma lacuna em torno da construção conceitual do objeto “saúde mental”, associado a outros fatores contemporâneos – capitalismo selvagem, globalização, políticas neoliberalistas, corrupção desenfreada, terrorismo –

Apesar das importantes contribuições da Psicanálise, Filosofia e Ciências Sociais e o desenvolvimento de arcabouços teóricos sólidos em torno do tema, no plano conceitual continua a predominar a classificação psicopatológica e polarizadas no plano individual, com pouca valorização da dialeticidade inerente. Para abordar a questão, na tradição do campo parte-se do conceito de normalidade que é considerada como uma equivalência ao comportamento dos indivíduos onde se extrai uma média:

> No paradigma médico ocidental, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; enquanto enfermidade representa reações pessoais, interpessoais e culturais perante doença e desconforto. A enfermidade é conformada por fatores culturais que governam a percepção, rotulação, explicação e valorização da experiência do desconforto, processos imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais. Dado que a experiência da enfermidade é uma íntima parte do sistema social de significações e regras de conduta, ela é fortemente influenciada pela cultura: ela é, como veremos, culturalmente construída" (KLEINMAN, 1992, p. 252 apud ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 103).

A concepção de cuidado também faz parte de um sistema cultural e deve ser compreendida em sua relação com a saúde e a enfermidade, pois a dissociação dessas concepções poderia incorrer em uma distorção do sentido de seu funcionamento em um determinado contexto:

> É preciso considerar modelos capazes de conceber a saúde e a enfermidade como resultado da interação complexa de múltiplos fatores, nos níveis biológico, psicológico e sociológico, com uma terminologia não limitada à biomedicina (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999, p. 103).

Para isso, métodos interdisciplinares devem ser desenvolvidos na clínica, na epistemologia, no levantamento de dados de diferentes naturezas históricas, sociais, políticas, econômicas, tecnológicas e psicológicas, já que os métodos disciplinares já existentes demonstram limitações para analisar os impactos da cultura sobre o adoecimento e reabilitação.

2.2.3. O conceito de saúde mental adotado neste trabalho: a dinâmica bem-estar/mal-estar

O conceito de saúde mental adotado neste trabalho não é aquele redutível a transtornos psiquiátricos nem mesmo à doença mental. Esclarece Silva Filho (2008, p. 13) que “o homem sofre psiquicamente da doença de ser homem”. É nesta perspectiva que a discussão sobre a saúde mental dos estudantes de medicina será tecida, como uma referência ao sofrimento psíquico relacionada a estados ou eventos que compõem o cotidiano da vida humana e, neste caso particular, o dia-a-dia das vivências na formação em medicina, na construção de uma identidade médica, no enfrentamento do que representa essa realidade.

O jovem estudante é, paradoxalmente, colocado diante daquilo que mais é negado pela medicina contemporânea: sua subjetividade. Essa tendência é um convite, para que ele abandone esses aspectos que podem ser empecilhos à formação do doutor. Sobre a negação da subjetividade e esse funcionamento, Souza (1998) comenta:

> Quando os resultados, efeito de suas escolhas possíveis, não correspondem aos por ele, médico, desejados, nem sempre ele pode virar as costas para não vê-los. E o risco é de vivenciar a culpa. E como se escapa? As soluções individuais vão interagir com algo que está num outro nível, no nível do coletivo, que é a negação da subjetividade e da singularidade no exercício de um saber, na produção, na apropriação e no uso do conhecimento (p. 18-19).

O jovem cede a esse apelo, mas cedo percebe que essa posição é da ordem do intangível: “É-lhe [ao homem] impossível, portanto, deixar de lado o que diz respeito à humanidade e, ao mesmo tempo, saber das questões biológicas, políticas e filosóficas implicadas no humano” (SILVA FILHO, 2008, p. 13). Ou seja, sua subjetividade.

Botelho (2008) considerou que “definir integralmente saúde mental não é tarefa simples. Para os teóricos e pesquisadores da área existe quase um consenso de que a saúde mental é mais do que a ausência de doença mental” (p. 21). Esta posição encontra ecos na construção desta tese e corrobora a noção de que “a saúde mental pode ser compreendida como um fenômeno complexo, multideterminado por fatores bio-psico-socio-ambientais” (BOTELHO, 2008, p. 21).

Esta concepção ancora-se no conceito de saúde mental da OMS (2002):

> Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais. (...) É importante compreender a saúde mental e, de um modo mais geral, o funcionamento mental, porque aí reside a base sobre a qual se formará uma compreensão mais completa do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais (p. 31-32).

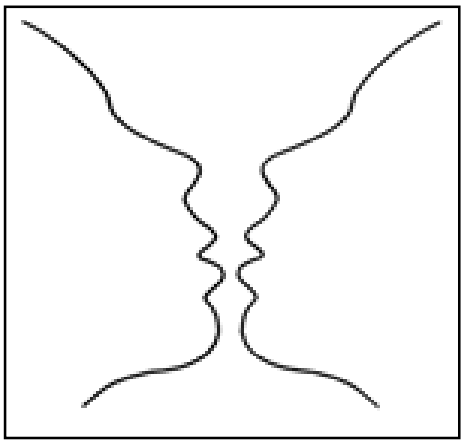
Discutir saúde mental é trabalhar com uma área de grande extensão, complexidade, pluralidade, intersetorialidade e saberes transversais em termos de conhecimento, atenção técnica e políticas públicas. Amarante (2007) considera que este é o primeiro sentido amplo que está embutido na expressão ‘saúde mental’, em oposição à psiquiatria – campo que, para o autor, é desenvolvido por um único profissional, o psiquiatra, regido por um único saber que é o da psiquiatra, que tem por objeto de estudo a doença mental que são classificadas e entendidas como “objeto natural” (p. 66). O que se entende como campo da saúde mental, ao contrário, não pode se basear em concepções unívocas, mas surge no engendramento de múltiplas perspectivas, que se tecem e formam uma rede complexa de sentidos e significações matizadas e mediadas por práticas e reflexões que emergem das relações tecidas nos múltiplos atores socais que a compõem:

> Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas) (AMARANTE, 2007, p. 16).

Para ilustrar essa forma de conceber a questão da saúde mental, Amarante (2007) apoia-se em Ronald Laing, um dos fundadores da antipsiquiatria, abordada anteriormente, que utilizou o modelo gestaltiano de figura e fundo para ilustrar o modo como a noção de verdade de forma simples, unilateral e antinômica impossibilita a compreensão do campo da saúde mental e do ser humano em sua complexidade. Ele utilizou uma figura ambígua (ilustrada abaixo) para propor que a visão do jarro grego ou dos dois perfis não é um erro de percepção ou de pensamento ou de encontrar uma verdade última que, ao ser tomada como tal, nega todas as outras verdades;

trata-se, ao contrário, de comportar as ambiguidades, os conflitos, as contradições, pois a essência fundante do campo da saúde mental é inspirada nessa polissemia e polifonia própria ao homem. Um novo paradigma em saúde mental vem colaborando para se pensar o campo não mais como uma “verdade única e definitiva, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de construtivismos, de reflexividade” (AMARANTE, 2007, p. 18).

FIGURA Nº 02: Jarro Grego



FONTE: http://desenvolvimentoparaweb.com/design/gestalt-aplicado-ao-design-web-parte-1-origem-do-termo-significado-e-utilidade/

Outro grande sentido da expressão ‘saúde mental’ é sua irredutibilidade à doença mental. Se a saúde mental se refere a um estado de bem-estar mental, sanidade mental ou ausência de desordem mental, definição inspirada no conceito de saúde proposto pela OMS[49], mais do que mera ausência de doenças, surge a dificuldade de sustentar a questão para além de uma polarização racionalista própria do modelo científico hegemônico que reside nas características da própria ciência para lidar com os fenômenos que ela não pode responder por meio de protótipos dualistas. É preciso resistir ao reducionismo e ao rechaçamento de possibilidades conceituais – que advenham de outras fontes – subjetivas, da própria experiência humana de viver, existir, crescer, sofrer, morrer – as quais não podem ser exploradas por estes modelos e os métodos.

Nessa perspectiva, Amarante (2007, p. 19) chega à seguinte definição de saúde mental: “campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo são condições altamente complexas”. E será sobre este prisma que este estudo se tecerá, abordando

[49] Mais adiante críticas a esta definição plena de saúde serão discutidas.

a saúde mental como conceito (construto teórico) engendrado e concebido na realidade que o faz existir, de forma a ampliá-lo e expandi-lo, ao invés de restringi-lo ao campo da psiquiatria (transtorno, doença, desordem, patologia), para poder compreender outras dimensões da vida humana tecidas nos entrelaçamentos das relações com a cultura, sociedade, comunidade e o universo simbólico que resultam dessas interações, tornando possível outros objetos de análise (sofrimento psíquico, mal-estar).

Amarante (2007, p. 63) propõe a expressão “processo social complexo’ para se referir ao campo da saúde mental, definido como “entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões”. Por processo, o autor compreende um movimento permanente que faz surgir novos elementos, situações, atores, interesses, ideologias, visões de mundo, teorias, concepções éticas, que, ao surgirem, pressupõem o conflito. Essa pluridimensionalidade envolve os planos teóricos-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticos, socioculturais, e traz à cena o sujeito que foi esquecido quando a doença mental foi tratada como objeto natural. Amarante (2007) propõe que a doença seja colocada entre parênteses para romper com o “modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana” (p. 67). Essa forma de lidar com a questão da saúde mental permite a emersão dos sujeitos antes invisíveis e neutralizados, apagados por descrições classificatórias estigmatizantes (que corroboram o surgimento de estigmas, como o depressivo, o bipolar, o instável, o louco etc.), e a retomada da possibilidade do entendimento (quiçá definitivo!) de que, em última análise, lida-se com pessoas e não com doenças, com produção de subjetividades e não com o surgimento de sintomas, lugares de sociabilidade e não de isolamento ou discriminação.

Amarante (2007) descreve alguns desafios para a compreensão da saúde mental como processo social complexo:

(1) Necessidade de mudar mentalidades, atitudes e relações sociais no campo da saúde mental;

(2) Estratégias para introduzir uma série de transformações nas múltiplas dimensões que envolvem a saúde mental;

(3) Recusa de conceitos arcaicos que criam, sustentam e reproduzem representações sociais de medo, risco e exclusão que geram estigmas, discriminações e preconceitos;
(4) Construção de relacionamentos que possam escutar e acolher o sofrimento fazendo surgir espaços terapêuticos, de cuidado, acolhimento, valorização da sociabilidade e das subjetividades;
(5) Ações que favoreçam ao surgimento de um novo imaginário social em torno da saúde mental.

A abordagem do conceito de saúde deve englobar as dimensões filosóficas, científicas e práticas. Inútil será buscar uma definição universal. Longe disso, a flexibilidade deverá ser fundamento de toda possibilidade de compreensão:

> Se conceituarmos os fenômenos da saúde-doença como processos sociais e se aceitarmos o suposto de que processos sociais são históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar com o devido rigor os objetos da pesquisa científica em saúde. Para isso, tornar-se urgente conceber e utilizar abordagens capazes de fazer justiça à natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos a vida, a aflição, a sofrimento, dor, doença, cuidado, cura, morte – a saúde, enfim, que ocorre em agregados humanos históricos (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 13).

As sociedades ditas desenvolvidas são heterógenas e envolvem uma polifonia, múltiplas vozes que precisam ser consideradas para que os problemas referentes à saúde e doença mental sejam resolvidos pela ciência. Uma determinada significação está atrelada a um contexto, portanto, anormalidades descritas na nosologia médica pode indicar comportamentos normais para um grupo e os indivíduos que o compõem. Além disso, anomalias e alterações se apresentam e possuem múltiplos sentidos, frequências e variações em indivíduos tidos como normais.

A saúde mental não pode ser reduzida ao negativo de uma psicopatologia. Requer uma ampliação que abarque sua complexidade utilizando recursos semiológicos e hermenêuticos. Na concepção de Canguilhem (2005) a saúde implica um certo nível de desobediência e transformações, vinculadas como os modos de vida, a interação dos sujeitos nos contextos e nos eventos que ali acontecem.

Diante dessas proposições, pode se sintetizar algumas alternativas baseadas em Almeida Filho (2011):

(1) Abordar o conceito de saúde na perspectiva de sua pluralidade, como ‘saúdes’, pela riqueza e complexidade que lhe é inerente e pela multiplicidade de abordagens conceituais que se tecem em torno de um mesmo problema.

(2) A transdisciplinaridade é o caminho teórico e metodológico por excelência para lidar com a complexidade das relações envolvidas nos fenômenos da vida – dor, sofrimento, perdas, morte, doença, mal-estar.

(3) Substituir os objetos modelos existentes que resistem a processos analíticos, por outros construídos com base nos fatos produzidos pelas ciências da saúde, ou seja, objetos metassintéticos (uma metassíntese configura-se como método que analisa e sustenta conceitos levantados nas literaturas cientificas, especialmente das revisões sistemáticas, que se tornam fontes de análise e interpretações que permitem promover discussões, rever conceitos e transformar práticas).

(4) Resistir à equivalência da saúde como ausência de doença, lutando pela superação da antinomia saúde-doença, que faz o conceito orbitar em torno do vazio sem referência a elementos factuais da vida humana – vida, saúde, doença, sofrimento, morte: “a saúde é muito mais que ausência ou o inverso da doença”.

(5) Sustentar a tríade saúde-doença-cuidado para expressar a complexidade que envolve o conceito no plano epistemológico e pragmático, sensível aos contextos e que se definem em uma abordagem totalizante.

(6) Insistir na construção de uma teoria geral da saúde (ao invés de uma teoria unificada) que busque aproximações cientificas distintas para trabalhar com um problema de natureza interdisciplinar.

(7) Superar polarizações ou dicotomias do tipo coletivo/epidemiológica, clínica/individual, biológica/subindividual, que empobrecem as discussões e formulações:

> Os objetos da saúde são polissêmicos, plurais, multifacetados, simultaneamente modelos ontológicos, e heurísticos capazes de transitar (e serem transitados) por instâncias e domínios referentes a distintos níveis de complexidade (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 148).

Até aqui procurou-se demonstrar a complexidade do conceito de saúde mental e situá-lo em suas articulações com a vida pós-moderna, indispensável para lidar com as situações e adversidades próprias do viver. Passa-se agora ao segundo conceito fundamental a construção deste trabalho.

2.3. VIOLÊNCIAS E O CONCEITO DE VIOLÊNCIA SILENCIOSA

2.3.1. Breves reflexões sobre o mundo contemporâneo

A violência tem sido um tema amplamente enfatizado pela mídia, levantado como bandeira de campanhas político partidárias, discutido na intimidade das famílias no cenário contemporâneo e prioritário nos campos da ciência, educação, saúde, segurança pública.

O homem é um animal inventivo, conquistador, curioso e explorador que vai além dos limites do artifício. A violência humana não é uma falha da evolução, é uma especificidade do homem em busca de exceder seus próprios limites: “Em matéria de violência a humanidade complica, investe, acrescenta e refina: transgride com furiosa inventividade”. (MICHAUD, 1989, p. 77). A violência é inerente à relação com o outro, constitutiva da própria humanização.

A essência do homem ocidental contemporâneo parece ter se destituído da fé absoluta na ciência e na crença ilimitada no potencial humano. Habita em meio a realidades paradoxais e é tecida nesse contexto: do mito heróico de super-homens e mulheres maravilhas à fragilidade mediante a impossibilidade de conciliações que fazem crescer acentuadamente os atos de intolerância, invadem desde o interior dos lares (veja-se as legislações recentes relacionadas à intimidade das famílias como a Lei da Palmada e a Lei da Alienação Parental), até os espaços públicos como o trânsito; um tempo em que se apregoa e defende demasiadamente a igualdade e a liberdade, mas se convive o tempo todo com a ameaça de ações terroristas por conta de divergências culturais e religiosas entre nações e povos.

O edifício sólido da modernidade ruiu e levou consigo a possibilidade da compreensão do homem como simplesmente redutível a uma máquina biológica: avançamos no diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação de muitas doenças; regredimos na vida comunitária devido ao afrouxamento dos laços sociais. Toda forma

de autoridade passou a ser questionada e a informação que pertencia a uma minoria passou a estar disponível a quem desejar obtê-la. A função do mestre também foi alterada: o que passa a predominar não é detenção do conhecimento, mas a velocidade e a forma como é partilhada, subvertendo-se a condição de senhor e escravo, sendo que o desejo deste último continua sendo alienado ao do primeiro. A dialética dessas posições coloca em movimento o desejo de reconhecimento e o reconhecimento do desejo.

A relação do homem com o trabalho também foi alterada e transformou-se em um fim em si mesma, deixando seu caráter de realização de desejo. No entanto, com o avanço demasiado da tecnologia e com a concretização de realidades que até quatro décadas atrás só eram possíveis nos filmes de ficção, a sedução tecnológica capturou o homem e o transformou em um objeto a serviço da operacionalização da técnica. Coloca o homem em um nível ainda mais demasiado de alienação do que Marx havia proposto a respeito da perda do sentido do trabalho, como uma danosa consequência decorrente da impossibilidade de pensar sobre o que produz.

Não conseguindo encontrar possibilidades de trocas afetivas e criação de laços, o homem é, ele mesmo, tratado como objeto; expressões cotidianas faladas corriqueiramente retratam essa realidade: “troca-se de parceiro como quem troca de roupa”, “cada um no seu quadrado”, “o negócio é beijar na boca e ser feliz”, “abrace seu filho hoje”, “deixa a vida me levar”, “sou mais eu”. Esses chavões demonstram que a existência humana no mundo contemporâneo busca com afã aliviar ou negar seu próprio mal-estar. Mas essa indiferença afetiva perante o outro não traz alívio. Ao contrário, coloca-o na impossibilidade identificatória pela liquidez característica da vida contemporânea (BAUMAN, 1998), instalando o caos psíquico, pois é esta que permite ao sujeito organizar-se.

A era moderna congregou uma série de eventos que a caracterizam como um tempo histórico inaugurado pela exaltação dos valores humanos em sua racionalidade, capacidade de criar, expandir, descobrir: Passa-se da necessidade de controlar a natureza para a busca e conquista da verdade:

> O sujeito moderno não se define pelo mundo que encontra, mas pelo mundo que ele mesmo faz ou transforma. Não se define pelo lar onde nasce, mas por suas aventuras: o sujeito saído de casa. O que implica uma nova experiência do tempo: a oportunidade, a potencialidade, enfim, o projeto vem fazer parte integral do ser (CALLIGARIS, 1999, p. 18 apud MARIN, 2002, p. 55).

Algumas características da pós-modernidade são descritas por Marin (2002, p. 51-54) são: individualismo crescente, regulação estatal em decréscimo acentuado, consumo exacerbado, transformação constante de coisas e pessoas em mercadorias, imperialismo do dinheiro e suas representações (cartão de crédito, débito, cheques) vida virtual e afrouxamento do laço social, imediatismo, fama instantânea, ênfase demasiada da técnica, surgimento considerável de questões bioéticas, reconfiguração e desinstitucionalização da família, aumento acentuado da violência e da intolerância, compulsão legiferante do judiciário, publicização do domínio privado e privatização do espaço público, imperialismo da imagem e da sociedade do espetáculo (DEBORD, 1997), obsessão pela imagem perfeita, medicalização da vida com a esperança do fim do mal-estar estrutural (Viagra, terapias corporais, métodos de rejuvenescimento), culto ao corpo, multiplicidade de terapias que prometem bem-estar em curto período de tempo, religiões que prometem curas e extinção dos mais diversos males, promessas de imortalidade, aceleração do tempo e contração do espaço (anulação da paciência, tolerância e, consequentemente, do sofrimento – do latim, *sufferere*, que designa paciência e resignação, além de dor, angústia, aflição, amargura).

O homem contemporâneo se defronta, assim, com a perda de ilusões, do sentido de transcendência e com o fim das utopias (MARIN, 2002). Vive na era dos extremos em uma busca desenfreada de eliminar a dor, o sofrimento, morte, angústia, tristeza, raiva, ódio, paixão, compreendidos como excessos negativos, em uma forma de negar a condição inerentemente humana. Sobre isso afirma Berlinck (2001):

> Nós seres humanos constituímos uma espécie subjetiva, mas mesmo assim ignoramos essa característica fundamental e passamos a nos tratar objetivamente, isto porque as manifestações do psiquismo deixam de ser consideradas significantes, fontes de pensamento criativo constitutivo de experiências existenciais e vêm sendo consideradas cada vez mais, como um estorvo, fonte de incômodo e sofrimento. Consequentemente, com o princípio de prazer, o humano se volta, então, para a erradicação dessas manifestações buscando, na ação objetiva, um instrumento capaz de eliminar a indesejável subjetividade (In: MARIN, 2002, p. 54).

De fato, a sociedade contemporânea é regida pelo império do narcisismo, regras sociais são estéticas e “diluem-se os valores e as referências tradicionais e, talvez, momentaneamente, prevaleça a caça às imagens agradáveis” (MARIN, 2002, p. 28). Pendula entre vulnerabilidade e resistência à violência. Embora se misturem, mesclem e se confundam, esses dois polos oferecidos pelas sociedades

contemporâneas fazem parte de suas marcas de complexidade, que lhes fazem vulneráveis. As vulnerabilidades resultam dessa complexidade extrema:

> Não sabemos nada de definitivo sobre as causas da violência e ao mesmo tempo tomamos medidas para controlá-la e conseguimos com relativo sucesso. (...). Tentamos o tempo inteiro controlar situações das quais não conhecemos todos os fatores e utilizamos meios que não conhecemos nem dominamos completamente (MICHAUD, 1989, p. 62).

O homem contemporâneo não cultiva mais a crença no Bem Supremo universalmente aceito e privilegiado, que foi substituído pela noção de utilidade. Em decorrência disso, é difícil localizar onde reside a ética e o lugar da culpa na sociedade pós-moderna marcada pela tendência à pluralidade, em que tudo é permitido, já que a verdade válida é a do próprio sujeito. A tecnologia também está a serviço da utilidade:

> Úteis são sempre objetos. O próprio homem converteu-se em objeto, e, dessa maneira, foi tomado para estudo (...) na época da Técnica, estudar significa tomar sob controle, sob representação. Não só os aspectos físicos, mas também os aspectos do espírito devem ser conhecidos para o cálculo, para o controle, ou seja, até as paixões são controladas: não mais sentidas, mas assistidas (LOURENÇO, 2004, p. 67).

A lógica da utilidade faz do próprio homem um objeto a ser usado: consumidor, objeto de utilidade cujos pensamentos, ações e sentimentos advindos da cultura e não de si mesmo. Para dar conta desse afã por ter e parecer, ele encontra na medicalização um par perfeito: cercado por drogas lícitas e ilícitas, o homem vê no consumo indiscriminado de medicamentos a possibilidade de tamponamento da falta estrutural tentando colocar o desejo em um lugar de esquecimento (LOURENÇO, 2004). A tônica é, então, ser tudo, experimentar tudo, em uma busca desenfreada pelo prazer absoluto, o que é da ordem do impossível (BAUMAN, 1998).

As promessas do Viagra e do Prozac são exemplos dessas tentativas de burlar a falta e o desejo:

> A droga pode ser vista como uma das saídas perversas encontradas pela sociedade para aplacar a melancolia que caracteriza os sentimentos de perda dos controles e dos domínios. (...) O efeito de tal processo é um estado maníaco em torno das mercadorias, apresentadas em diversas formas. Por causa desse estado, não se consegue mais determinar o valor das mercadorias. Daí a vida pode valer um par de tênis... Os sonhos podem ser comprados pelos presentes da prostituição... Há contrabandos de crianças, de órgãos do corpo... (LOURENÇO, 2004, p. 68).

O contexto social, portanto, materializado nos discursos, é na contemporaneidade estruturado nos alicerces da ciência, tecnologia que tem prometido vida, saúde e imortalidade, por meio de uma série de proventos que vão desde medicamentos simples, passando por vacinas inúmeras e chegando a exames de alta resolução. Alocados em um mundo globalizado e capitalista, esses elementos tornaram-se mercadorias e as ciências da vida transformadas em mercados para apresentá-las e vendê-las:

> Há um grande número de homens seduzidos pelos efeitos do Viagra e sem parceiras, de mulheres apaziguadas pelos ansiolíticos ou enamoradas de suas próteses de silicone e até mesmo de crianças obedientes aos antidepressivos. Tudo isso no domínio das drogas lícitas, no qual, com muita tranquilidade, a palavra do médico foi substituída pelo medicamento, e as inseguranças diante do parceiro amoroso foram substituídas por um narcisismo quase absoluto. No amplo consumo de drogas como cocaína, crack, êxtase e, mais recentemente, o poderoso depressor do sistema nervoso, conhecido como GHB, o homem contemporâneo não assume a própria morte como uma possibilidade constante que deve levá-lo a um projeto de vida mais autêntico. Ao contrário, ele desafia cinicamente a morte. Afinal, ela é o único fato que permanece como limite quando foram destruídos os limites entre o público e o privado, os limites morais e geográficos (LOURENÇO, 2004, p. 68).

Pouco se fala de quantos efeitos colaterais essas novas drogas podem produzir; que prescrição sem diagnóstico correto (o que não se alcança sem escuta clínica apurada) é fonte de novos males; que as imagens não falam *per se* e precisam ser interpretadas e que, para tal, é necessário aprimoramento profissional; que mesmo quando bem interpretadas, dependem de um conjunto de outras informações (sinais e sintomas) objetivos e subjetivos para definir uma conduta assertiva; que de nada adiantará chegar até ela, se a capacidade de se relacionar com o paciente estiver ausente, se não houver a possibilidade de estabelecer com ele um diálogo, desenvolver uma capacidade de negociações e pactuações realizadas por meio de uma relação instituída com base na confiabilidade, respeito e empatia.

A morte é a realidade mais concreta, constante e a única certeza com a qual o homem convive cotidianamente. Para se defender desse sentimento, mantém-se um estado afetivo de indiferença; a angústia emerge por sintomas como pânico e outros transtornos mentais. Como o homem enfrenta a realidade da morte nessa corrida maluca e fantasiosa de poder absoluto, anulação de insucessos e ganhos sem limites? Segundo Freud (1915a), não há registro da morte no psiquismo humano, que só pode ser experimentada como a maior de todas as perdas, quando se perde

pessoas amadas, e por perdas menores inerentes ao desenvolvimento humano desde o nascimento (VIORST, 2002). A esperança da vida eterna surge assim como uma forma de driblar essa certeza e o apego à fantasia de infinitude alimenta o ciclo de onipotência:

> Os avanços científicos colaboram para esse afastamento em relação à morte, pois, ao transformar o homem em objeto, a ciência descaracteriza a morte, tornando-a científica ou estatística. Hoje, muitas vezes, ela é acompanhada à distância, através dos vidros dos hospitais ou pela televisão. Enfatizando o corpo enquanto objeto, o mundo científico torna as questões da alma piegas, ignorantes (LOURENÇO, 2004, p. 71).

Uma vida ensimesmada, voltada para a obtenção do prazer, com noções de empatia, solidariedade e altruísmo deteriorados: é sob esta cultura que estudantes de medicina vêm para a graduação para construir sua identidade médica. O *furor curandis* presente nas práticas médicas já no início do século XX, tal como foi alertado por Freud (1915b), generalizou-se e foi incorporado pelo ideal de ser médico e assumido pelo imaginário social.

Quando o conjunto de possibilidades de diálogo é desconsiderado e se utiliza da ciência e dos saberes e técnicas destituídos de sujeitos (desconsiderando profissionais e pacientes como pessoas), processos de violência silenciosa são iniciados. O apagamento da subjetividade é o terreno para a violência silenciosa frutificar, como será visto mais adiante.

2.3.2. Bases teóricas e epistemológicas do conceito de violência

O tema da violência faz parte de nossas inquietações cotidianas e está presente em todas as áreas da vida humana, em todas as culturas, em todas as relações (sociais, institucionais, públicas, privadas), e em diferentes níveis (material, corporal, mental):

> O surgimento [conceitual] da violência, sua tematização em com conceito próprio, é indissociável do movimento pelo qual as sociedades industriais viram desaparecer os quadros e os valores tradicionais da comunidade política em nome da racionalidade técnica e científica (...) A violência não é mais negada e recalcada e sim reconhecida como problema que pede soluções e remédios. Ela faz parte dos fenômenos submetidos à regulação social (MICHAUD, 1989, p. 113).

O mundo contemporâneo é marcado pelo advento da ciência e tecnologia, mas isso não garante que seja menos violento do que em épocas remotas. Brutais e selvagens estão presentes em sociedades pouco desenvolvidas. No entanto, nas sociedades tecnológicas as possibilidades de destruição são consideráveis, ainda que a violência seja igualmente racionalizada como o restante de toda a vida pós-moderna. Meios de destruição, controle e comunicação em massa somam-se à técnica de gestão e de instrumentalização social, contundentemente presentes e operacionalizadas na contemporaneidade. Busca-se o controle dos problemas e solução racional de conflitos: contraditoriamente a violência aumenta em volume considerável.

Mas, ao contrário do que se poderia imaginar, a violência não é um fenômeno contemporâneo, é um problema global que se presentifica em todas as sociedades, como algo inerente à experiência humana, seus efeitos causam impactos diretos na saúde nos níveis individual ou coletivo, milhares de pessoas perdem a vida anualmente, outras sofrem lesões, agressões (ou autoagressões), mutilações e outras, ainda, próximas a essas, sofrem conjuntamente com suas consequências que podem ser a incapacitação transitórias, permanente ou mesmo o óbito.

Os custos da violência são altíssimos em todo o mundo e não diz respeito somente a dados econômicos, mas também e especialmente a valores humanos. Envolve inúmeros tipos de prejuízo como: queda de produtividade, afastamento do trabalho, acúmulos de processos legais, tratamentos de saúde que vão desde a hospitalização até a reabilitação:

> A evidência existente indica que as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de tratamento de saúde e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofreram tais abusos. O mesmo sucede com vítimas de abuso e abandono infantil. Tais despesas contribuem substancialmente para o aumento do orçamento anual de tratamentos de saúde (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1.172).

Os impactos da violência têm sido medidos a partir de diferentes dados, descrevendo o volume da violência; ampliando a compreensão dos fatores envolvidos e que, potencialmente, podem aumentar os riscos de atos violentos, buscando eficácia dos programas de prevenção. Os números relativos à mortalidade são relevantes, em um sentido: são eventos dolorosos que afetam coletividades inteiras, comunidades e lares. Mas revelam apenas uma face, ainda que trágica, do problema da violência. Por

outro lado, milhares de pessoas são afetadas todos os dias por eventos violentos não fatais, requerendo outras formas de levantamento de dados e fontes de informação que, segundo a WHO (2002), podem envolver práticas culturais, incidência de criminalidade, políticas e programas de prevenção à violência e reformas legislativas.

Convive-se com atos violentos altamente veiculados pela mídia (terrorismo, guerras, rebeliões etc.); um grande número permanece, porém, imperceptível no interior das casas, nos locais de trabalho, em instituições sociais e médicas, afetando, na maioria dos casos, pessoas jovens, vulneráveis, indefesas ou doentes, seja por abuso de poder ou degradações físicas. Marin (2002) trabalha com a hipótese da negação dessas formas de violência como constituinte do próprio homem, mas sendo difícil ser assumida pelo repúdio que o próprio homem tem a ela e, ao mesmo tempo, pelo seu caráter inominável: a violência é conceituada pelas formas que apresenta em ato – violência doméstica, contra a mulher, criança, idoso, abandono de refugiados de guerra, rebeliões e assassinatos nas prisões, práticas de extermínio etc.

Michaud (1989) elabora um trabalho no qual busca uma definição do que seja propriamente a violência, abordando diferentes concepções e áreas de conhecimento – Direito, Sociologia, História, Antropologia, Filosofia – tocando em pontos cruciais da vida contemporânea como a mídia e a tecnologia, chegando às abordagens empíricas e ontológicas.

Em termos de etimologia, quatro pontos de vista devem ser considerados. O primeiro refere-se aos usos correntes dos dicionários brasileiros mais tradicionais e veiculados. No dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986) define violência como qualidade do que é violento como ato; também se refere a constrangimento físico ou moral por uso de força ou coação. Violentar, por sua vez, designa o exercício da violência tais como forçar, coagir, violar ou constranger. Pode envolver violência física, sexual (abuso, estupro) ou material (arrombar, forçar). Alterar, inverter ou torcer o sentido de algo é também considerado violentar. Por sua vez, violento é o adjetivo atribuído àquele que age com ímpeto, por meio de força bruta; também qualifica alguém que é agitado, que cria tumultos, irritadiço ou propenso à irascibilidade; ou atos intensos e veementes. Também designa aquilo que é contrário ao direito e à justiça.

Outro dicionário (PRIBERAM, 2016) apresenta definições semelhantes. A violência é compreendida como qualificador do ato ou estado do que é violento; ação de violentar com veemência e/ou irascibilidade; uso abusivo, tirânico e coercitivo de força. Em relação ao verbo violentar, designa-o como o exercício da violência sobre

algo ou alguém por força, obrigação ou constrangimento; sinônimo de imposição, abuso, violação ou arrombamento; também significa torcer ou deturpar o sentido.

Guimarães; Cabral (2016) associam a violência com agressividade e intencionalidade contrapondo-se a algo ou alguém, causando-lhe danos que podem ser momentâneos ou permanentes, e de diferentes naturezas – física, moral, psicológica, descaso, ou até mesmo, morte. Também define o termo pela sua tipológica (doméstica, urbana).

Essas definições utilizam o termo violência para identificar fatos e ações como uma oposição à paz, enquanto força brutal que desrespeita regras sociais, morais e éticas. Mas ainda há no plano etimológico um segundo ponto que se relaciona à origem da palavra violência: do latim, *violentia*, o termo empregado designa força, enquanto que o verbo *violare* indica transgressão; o radical *vis* integra a noção de potência ou emprego de força física em ação. Do latim para o grego, persiste o mesmo núcleo de significação: *is* (homérico, forca ou vigor), vinculado a *bia* (força vital, vigor), ou seja, o emprego da força para coagir. Esses termos ligados ao sânscrito congregam o sentido de dominação que prevalece. O terceiro considera que todos esses sentidos trazem uma ideia comum do uso de uma força não qualificada exercida contra alguém ou alguma coisa, tornando-se violenta quando perturbada ou transgressora da ordem. Por fim, a violência ganha essa conotação em função das normas sociais e, independentemente do contexto em que ocorrer, ela é uma questão de tratar mal ou agredir alguém, sempre lhe deixando marcas.

Com base no Direito, sustentam-se dois aspectos presentes nestas definições: o aspecto material verificado pelo uso da força física, identificável pelos efeitos que produz; e o aspecto imaterial referente à transgressão, de caráter mais normativo, sendo esse último mais difícil de ser identificado ou correr-se-ia o risco de tomar toda inflação como violência. Esse caráter imaterial tem como consequências a dificuldade de se definir a violência e o surgimento de uma diversidade de proposições e definição. Se tomarmos apenas como referência os fatos temos uma definição de comportamento que objetiva ferir pessoas ou trazer prejuízos de bens, seja no âmbito coletivo ou individual onde, novamente, encontra-se a noção de transgressão.

O empreendimento de Michaud (1989) engloba tanto o estado quanto o ato na definição da violência:

> Há violência quando, numa *situação de interação*, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas *participações simbólicas e culturais* (p. 10-11 – grifos nossos).

A perspectiva conceitual de Minayo (2007) coaduna essas concepções ao conceituar a violência no plano interacional, considerando que se trata de "(...) um termo muito complexo, sempre que falamos nela, estamos falando de relações desiguais, em que um tenta dominar, agredir física ou emocionalmente, ou ainda se omite de seu papel em relação ao outro" (p. 14).

A OMS define violência como "uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1165). Há nesta definição elementos relevantes e que caracterizam a violência: a intencionalidade do ato violento, trazendo à cena a questão ética; o poder ao lado da força, indicando que não apenas o nível físico é determinação do ato violento, mas abarca outras formas como ameaças, intimidações e que também podem dar origem a outros modos de violência como a negligência e a omissão. Contudo, nem sempre a intenção e o uso do poder são facilmente perceptíveis e tendem a se naturalizar no coletivo. Há que se pensar em outras formas de violência como a simbólica, psicológica e silenciosa, que estão na base de fenômenos como a alienação e a institucionalização que são originadas por atos imperceptíveis.

Desde os adventos das Grandes Guerras Mundiais na primeira metade do século XX, e com, em decorrência disso, a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU em 1948, espera-se que tais irrupções sejam contidas ou, ao menos, minimizadas. Mas, ao contrário, para além de eventos isolados, ainda que coletivos, a violência se tornou um fenômeno pulverizado, que está entranhado no cotidiano da vida humana, nas atitudes individuais, na vida privada, nos contextos comunitários, nos cenários urbanos. Tornou-se um problema de saúde pública ao redor do globo e passou a requerer um lugar (inconcluso) na agenda do setor saúde (MINAYO, 2007).

Os historiadores são unânimes em reconhecer a insegurança da vida e a onipresença da violência nas relações humanas ao longo da história. O volume efetivo de criminalidade não necessariamente está diretamente relacionado com a crescente

insegurança e o aumento das preocupações da opinião pública. Existem normas que concebem os fatos como criminosos: a sociedade pós-moderna deseja manter ilusões de totalidades – negação da morte e da finitude, fim do mal-estar existencial por meio do consumo exacerbado de medicamentos. Deseja também nutrir a fantasia do asseguramento total por meio de super-heróis:

> O mal-estar contemporâneo denuncia conflitos que atravessam os espaços públicos e privados, selecionam alvos privilegiados como jovens, mulheres e crianças (...) entre gêneros, gerações, opções culturais e sexuais. Acolhem desde as lutas reconhecidas como legítimas (...) até as inseguranças coletivas (...). Nada mais lhe escapa; nada mais está a salvo de ser impregnado pela violência (MARIN, 2002, p. 10).

A violência é marca registrada de períodos inteiros no passado:

> Ao contrário das sociedades do passado, as nossas estão habituadas a uma segurança cada vez maior, que não depende só dos números da criminalidade, mas também e até mais da organização dos seguros e da previdência social, da homogeneidade de um espaço de livre circulação, da regulação de múltiplos aspectos da vida através do estado, sobre o pano de fundo de uma segurança crescente – e invasora –, os comportamentos criminosos são percebidos com uma ansiedade desproporcional em relação ao seu volume real. No entanto, isso não significa que a mudança das normas possa ser subestimada (MICHAUD, 1989, p. 33).

Há nuances diferenciadas entre a violência das sociedades do passado e as tendências atuais com traços dominantes de uma situação não necessariamente nova. As sociedades contemporâneas dispõem de tecnologias de características precisas, tal como descritas por Michaud (1989) e aqui sintetizadas:

(1) Diversidade de instrumentos que vão desde materiais mais sofisticados (como o armamento nuclear) até as armas brancas ou de caça, simples e baratas. Não obstante, há uma indústria de armamentos que elabora produtos e produz mercadorias vendidos até mesmo on-line;

(2) Gradação dos meios e acesso a eles, uma vez que os instrumentos se completam e respondem a uma diversidade de situações. As armas são consideradas mais potentes que outras e essa gradação visa restaurar equilíbrio entre adversários, o que acaba por fugir do controle do Estado;

(3) Sofisticação, potência, precisão de instrumentos de alta tecnologia (física, química) rapidamente apropriados pelo campo militar que desenvolve ainda mais os meios automáticos de alta tecnologia e de guiagem de armas;

(4) A profissionalização dos serventes (no sentido daqueles que servem) tornam-se qualificados, bem remunerados, um exemplo profissional especializado com obediência e disciplina militar. Essa profissionalização atinge o terrorismo;

(5) A contaminação de novas áreas, técnicas de propagandas, situações de comando, recompensas e punições, ou outro tipo qualquer se assemelha à lavagem cerebral, praticada na reeducação ou através de técnicas elementares;

(6) O custo da violência, quase inimaginável para a maioria dos cidadãos no mundo são altamente volumosos e seguem uma progressão especialmente quando dizem respeito a aumento militar.

Além disso, há outros prejuízos demográficos sociais e de saúde que tornam esses valores incalculáveis:

> Essa sutileza no emprego da violência tira-lhe boa parte do que constituía a sua antiga especificidade: seu caráter imprevisível. Entrar em confronto foi por muito tempo considerado a hora da verdade, o tempo da prova no qual a sorte das armas decide. Isso já não é mais inteiramente válido: o imprevisível da violência dá lugar ao cálculo (MICHAUD, 1989, p. 46).

Das bases neurofisiológicas da violência ao ponto de vista antropológico trilha-se um caminho que envolve as concepções sobre agressividade, passando pelas teorias da adaptação, enquanto referentes a agentes estressores, até chegar aos fármacos para controle dos comportamentos: “tais relações entre agressividade e base neurológica são confirmadas pelas manipulações farmacológicas da agressividade. Os tranquilizantes que tratam do humor são usados para controle em larga escala da agressividade nas sociedades contemporâneas” (MICHAUD, 1989, p. 72). Segundo o autor:

> A agressão acompanha a conquista, a destruição e a exploração. Neste sentido, há uma violência no próprio âmago da humanidade, que anima suas invenções, suas descobertas e sua produção de cultura. (...) é preciso abandonar o mito de uma natureza animal desequilibrada e ameaçada pela cultura: o homem é um animal cuja desnaturalização é sua própria essência (MICHAUD, 1989, p. 76).

Em relação ao campo da Filosofia, considera-se que o pensamento é a negação da violência porque permite a reflexão como forma de suplantá-la. Michaud

(1989) afirma que as concepções filosóficas têm na livre decisão, a razão, o diálogo, o confronto de ideias em contraposição à violência e ao uso de força.

Essa continua sendo a base das elaborações filosóficas contemporâneas e tem seus fundamentos na Grécia Antiga, no posicionamento da obra de Aristóteles. Para ele, a violência é externa ao homem, uma alteração negativa que leva a uma ação contra a vontade de alguém. Distingue dois movimentos: um regido pela natureza e o outro pela violência e, dessa forma, defende que a ação humana, em última análise, visa à felicidade cujo único caminho é a virtude. A natureza do homem é inclinada para o bem e contrária à violência e, ao agir violentamente, o homem desvia-se do seu destino natural que é desfrutar da felicidade. A razão é a virtude humana que encaminha o homem à felicidade e ao exercício racional, um hábito a ser aprendido por meio da atividade ética da justa medida (mediania) que vista encontrar um ponto mais justo entre a falta e o excesso, como uma forma de controlar, através da razão, sentimentos, paixões e ações. O princípio da justiça, virtude ética relevante, é a própria mediania, que deve dominar os impulsos irracionais do homem, entre os quais estaria à violência. “A violência é oposta à natureza e à atividade da razão é à própria negação da violência” (TARZIA, 2016, p. 5).

No campo da Filosofia Política, destaca-se o trabalho de Arendt (1965): para a autora a violência surge quando há a falência da ética e anulação da liberdade, ou quando o poder está em risco. Neste caso, a violência é acionada para reestabelecer o poder a quem está perdendo-o, tomando um modo mais violento. Poder e violência são conceitos distintos e interligados, para Arendt, pois a quebra de autoridade favorece ao surgimento de atos violentos.

Tanto para Arendt, como para Aristóteles a violência é um fim inaceitável. Costa (2003) considera que a versão aristotélica compreende a violência como uma qualidade do movimento que impede as coisas de seguirem seu curso natural. Sobre a obra de Arendt e o conceito de violência por ela desenvolvido, Andrês (2012) faz a seguinte consideração:

> A máxima expressão de violência está manietada e amordaçada e contradiz tudo e todos, não faz qualquer sentido e constitui uma ameaça até para si mesma. Após utilização de um tal instrumento de violência nada subsiste, nem o antigo sistema, nem as vítimas, nem o próprio agressor, e ainda menos uma qualquer eventual intenção progressista de implantar uma Nova Ordem (p. 8).

Outro conceito importante de Arendt (1965) é o de “banalização do mal” ou “mal banal” como expressões perturbadoras e reveladoras de quanto atos violentos e até aterrorizadores podem se tornar comuns entre as pessoas, inclusive, para aquelas que os pratica, mesmo diante dos visíveis e avassaladores efeitos provocados por tais atos. A autora exemplifica este fenômeno ao abordar as práticas nazistas: presenciando o julgamento de Eichmann, viu-se capturada pela forma banalizante como o réu admitiu suas ações, sem percebê-las como maléficas e destrutivas, pois ao procurar um monstro, ela encontrou um burocrata.

Os diferentes posicionamentos filosóficos podem ser tomados em blocos, na concepção de Michaud (1989), tal como resumidos abaixo:

(1) O ser e a negatividade: considera os princípios de contradição da vida humana. O nascimento é um ato violento, expulsa o ser para crescer e desenvolver-se. O ser se realiza no movimento dinâmico do desenvolvimento que envolve dor, sofrimento, perdas, dilacerações, rupturas, frustrações.

(2) As filosofias da vida: o ser vivo auto afirmam-se em seu meio através das ações de defesa contra os agressores ambientais. A violência está, portanto, no princípio da vida. O ser é a vida que não acontece sem perdas ou rupturas. A filosofia de Nietzsche, herdeira de Schopenhauer, elogia a vida ao concebê-la como uma teia que se tece entre a luta e o drama. O homem, com sua vontade de potência, ama o risco e o perigo, distinguindo força e violência. Há uma força dos fortes que é afirmativa e uma força dos fracos que é dominadora. Produz, assim, uma separação entre violência boa e outra transvestida voltada contra a vida.

(3) Para Sorel: a violência da greve geral é um mito que alimenta no proletariado oprimido a fantasia criadora da ação, em um tipo de violência pura e purificadora.

(4) Por fim, Violência e Messianismo, em que o Direito é estabelecido por meio de um ato violento para pacificar as relações sociais.

O autor ainda se refere à filosofia da reciprocidade que se desdobra em:

(1) Dialética do senhor e do escravo, de Hegel: a consciência adquire consistência por meio do encontro com outra consciência. A violência está no âmago de luta de duas classes pelo reconhecimento; é uma questão de confronto e não de amor.

(2) Sartre: defende que estar em perigo é uma estrutura permanente do meu-ser-para-outrem.

(3) Girard: considera as situações de desejo como a busca de um modelo de objeto para se desejar, engendrando o conflito. Há violência porque o objeto é desejável.

A violência é fundadora porque se encontra no princípio do rito constitutivo do social, sendo a função do sacrifício desviá-la de um bode expiatório que a canaliza:

> Quanto mais praticada a violência, mais tem chance de ser ocultada por trás dos discursos e das ideologias que a tornam apresentável ou a justificam incondicionalmente; a autoridade soberana impõe assim suas normas e a violência real não pode mais ser percebida em sua nudez: está condenada a parecer em outras categorias como as de desordem, de criminalidade, de manutenção da ordem, de expurgo, de contra revolução, de loucura (MICHAUD, 1989, p. 112).

No encontro filosofia e sociologia encontra-se a abordagem de Marcuse (1981) que concebe a violência como inerente ao sistema econômico e político e como oposição ao desenvolvimento histórico de liberdade que encontrava na universidade um espaço privilegiado para o exercício de o livre pensar. No entanto, para o autor, esse papel se perdeu e ele "combate enfaticamente a concepção da universidade como uma instituição que busca apenas transmitir o conhecimento voltado à aplicação imediata na 'produção' " (VALLE, 2003, p. 54). Essa crítica de Marcuse (1981) coloca em xeque a aquisição dos conhecimentos profissionais adquiridos nas universidades, na sua função de perpetuar uma conjuntura social que serve a interesses sociais e econômicos:

> (...) por trás do véu tecnológico, por trás do véu político de democracia, surge a realidade, a servidão universal, a perda de dignidade humana em uma liberdade de escolha pré-fabricada. E a estrutura do poder já não é 'sublimada' no estilo de uma cultura liberalista, já não é sequer hipócrita (quando retinha, pelo menos, as 'formalidades', a concha da dignidade), mas brutal, despida de todas as falsas aparências de verdade e justiça (p. 23).

A universidade, representante da ciência e da construção e propagação do conhecimento científico perde, assim, na concepção do autor, seu papel fundamental de ser agente de mudanças. Ao contrário, no cenário atual o que se vê é que a violência se propaga e há "(...) uma existência em formas cada vez mais

desumanizantes, enquanto os pobres continuam pobres e o número de vítimas (...) aumenta" (MARCUSE, 1981, p. 29).

Há uma pluralidade de concepções filosóficas, psicológicas, antropológicas e sociológicas sobre a violência. Em relação a esta última, encontram-se as abordagens empíricas que a abordam como resultado da frustração sistêmica coletivamente experimentada dentro de uma sociedade pelos indivíduos quanto a seus desígnios e objetivos sociais.

A violência como fenômeno social é uma forma de compreensão das teorias sociais, situando-a no escopo do funcionamento social, fora de um julgamento moral. Entre as teorias sociais que abordam a violência encontram-se, segundo Michaud (1989), resumidas nos tópicos abaixo:

(1) Funcionalistas: o conflito teria uma função na mudança social, pois em si mesmo não é necessariamente violento e pode dar início a novos processos de desenvolvimento.

(2) Sistêmica: um sistema é um conjunto de variáveis internos e externos, mudanças nas variáveis mudam o estado e resulta em modificação do equilíbrio sistêmico. A violência seria correlata as variáveis que mudam o sistema.

(3) Marxista: a violência é um aspecto da história que não pode ser evitada, embora secundário e derivativo. "Não é o emprego da violência que produz as transformações sociais, são as transformações sociais que passam pela violência" (MICHAUD, 1989, p. 96).

Dentre os sociólogos, destaca-se a abordagem de Bourdieu (2003) que desenvolveu o conceito de violência simbólica derivada do exercício do poder simbólico e exercida pela classe dominante sobre uma massa de indivíduos dominados: "suave, insensível, invisível às próprias vítimas, que se exerce pelas vias puramente simbólicas de comunicação e conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento" (p. 7-8). Esse aspecto será abordado mais à frente de forma mais detalhada por se considerar que há uma relação deste conceito com o de violência silenciosa, proposto por Leite (2008, 2009, 2010, 2011), tema de especial importância neste estudo.

A análise microssociológica investe na importância dos processos de socialização, dos fenômenos psicológicos em ação, das normas subculturais, nos rituais de controle da violência. "A realidade cotidiana da violência difere

sensivelmente das representações que fazemos dela e dos discursos ideológicos ou míticos que sustentamos sobre ela" (MICHAUD, 1989, p. 98).

Há ainda que se considerar a abordagem crítica de Bauman (1998) aos tempos pós-modernos, interpretado por meio de sua teoria sobre a liquidez dos processos que lhe são inerentes. Configura-se como uma época histórica em que há uma recusa por debates e diálogos, relativização da vida, ausência de críticas e quebra de regras sociais que são vitais para a manutenção da vida comunitária. Esta condição pós-moderna é marcada pela fluidez das relações sociais que fragilizam as instituições e fragmentam os laços. Não há mais possibilidade de ser algo ou alguma coisa, mas de um estar provisório e mutante que vulnerabiliza as dinâmicas identificatórias. Surge, em decorrência, um mal-estar generalizado verificados na emersão de inúmeros sintomas apresentados por um número significativo de pessoas, na insegurança e no medo diante do diferente, na exacerbação da exclusão social e violação de direitos que gera mais desigualdades, intolerância e violência.

Em relação às abordagens psicológicas da violência, Michaud (1989) discute três, apresentadas abaixo:

(1) Psicologia Geral da Agressividade: busca correlacionar fatores determinantes com condutas agressivas, por meio de estudos gerais e estatísticos. Para os behavioristas, haveria estímulos desencadeantes de raiva e agressividade, situações de privação são exemplos destes; teorias da aprendizagem sustentam que a violência é assimilada por meio de modelos de forte carga emocional que envolvem a raiva; modelos de comportamentos agressivos adquiridos aparecem nas histórias de jovens frustrados envolvidos com violências; a psicologia dinâmica defende que a violência é uma reação à frustração.

(2) Abordagens terapêuticas e estatísticas: relacionam agressividade com a constituição física; sublinham fatores traumáticos como fonte de violência, que podem ser formadores de personalidades agressivas – frustrações, separações, crises familiares, conflitos relacionais.

(3) Psicologia Social: aborda a agressividade e a violência no âmbito das interações e dos fatores relativos a grupos e coletividades. Estudos sobre a força da atribuição de papéis demonstram que os traços de personalidade não são os únicos determinantes: estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais que envolvem o contexto dessas situações, podem vitimizar

especialmente quando as vítimas são inocentes, multiplicando a agressividade contra elas (MICHAUD, 1989).

Há ainda a abordagem psicanalítica sobre a agressividade. A violência não pode ser considerada como um fenômeno natural, mas deve ser concebida como propriedade da cultura que só existe pela imposição de uma relação arbitrária de significações, enraizando-se fortemente na dimensão cultural e nas formas como as sociedades se organizam. O psiquismo é um fato cultural: “só existe violência no contexto da interação humana; a agressividade é instrumento de um desejo de destruição” (COSTA, 2003, p. 40).

De acordo com esta teoria, o social engendra-se no discurso que o formaliza e o faz existir. Ultrapassando o campo da palavra, o discurso sustenta a realidade e a modela, ainda que não circule no consenso entre os sujeitos: o conflito lhe é inerente, já que revela descompassos entre o desejo e as imposições culturais.

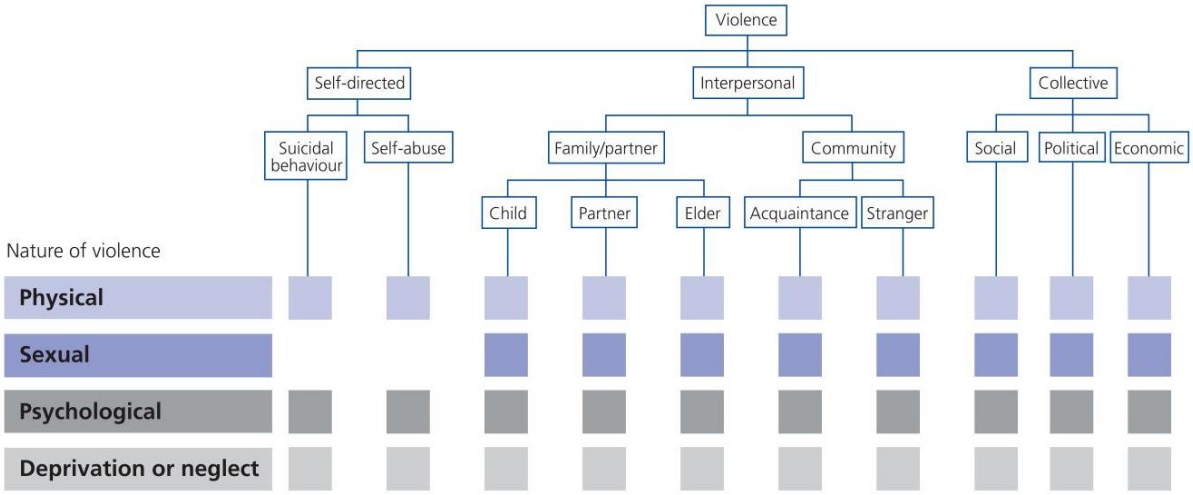
2.3.3. Tipologia da Violência

Algumas constatações sobre a violência são bastante pertinentes a essa discussão, como foi considerado anteriormente, especialmente nos múltiplos modos assumidos por ela na contemporaneidade. Toda sociedade desenvolve alguma forma de violência que vai desde o uso da força como exercício de poder, dominação ou subjugação, ou para resolução de conflitos, e uma sociedade pode ser mais violenta que outra. A violência é um fenômeno histórico: desde os tempos mais remotos há registros de atos violentos. Mas, olhar para a violência sob este enfoque é também compreender sua inscrição em um recorte temporal, contextual e geográfico, e essas suas peculiares relações com os âmbitos econômicos, políticos e institucionais que a envolve. Nesse sentido, há atos que podem ser considerados violentos por um grupo de pessoas de uma dada cultura e para outros, não.

A natureza dos atos violentos tem sido assim, uma busca de compreendê-la e problematizá-la. A Figura Nº 03 foi retirada do Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde (WHO, 2002) é uma forma esquemática de explicação. Discrimina quatro modalidades de violência: **físicas**: traumas, lesões, feridas, danos de ocorrência em ambientes sociais; **psicológicas**: agressões, verbais ou gestuais por meio de aterrorização, rejeição ou humilhação; **sexual**: aliciamento, violência física ou ameaças; **negligência**: abandonos ou privação, ausência ou recusa de atendimento.

Outros subtipos são identificados e considerados como derivativos ou coligados aos anteriores: violência simbólica, de gênero, contra grupos vulneráveis (mulheres, crianças, idosos), entre outras.

FIGURA Nº 03: Tipologia da Violência



FONTE: Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (WHO, 2002, p. 3).

Em relação ao comportamento violento, são identificados três tipos abrangentes: auto infligida ou autodirigida, interpessoal e coletiva. A primeira diz respeito ao comportamento suicida e aquela que é realizada pelo sujeito contra si próprio, incluindo autoabuso, autoinjurias ou automutilações. Já a segunda forma encontra-se subdividida em dois subgrupos: familiar e por parceiros íntimos (ocorre entre os membros de um mesmo núcleo familiar; inclui abuso, negligência e maus tratos contra mulheres, crianças e idosos); comunitária (ocorre fora do território do lar, no território entre pessoas conhecidas ou não), que abrange a física (lesões, perseguições, homicídios, etc.), sexual (estupros, lesões, agressões), psicológica (assédio moral) e a negligência; também inclui a institucional (em abrigos, escolas, prisões, locais de trabalho). Por fim, o terceiro tipo é subdividido em social (crimes de ódio), política (guerras e conflitos violentos), e econômica (ataques motivados por lucros econômicos e distribuição desigual de renda).

Elas podem envolver grupos grandes, majoritários ou países ou se entrelaçar a outras tipologias conformando atos típicos, atípicos e complexos, demonstrando que a tentativa de conceituar a violência é de grande dificuldade e, portanto, não há um modelo universalmente aceito. Porém, ainda assim, fornece uma estrutura útil para a compreensão dos tipos complexos de violência praticada em todo o mundo, assim

como a violência na vida cotidiana de indivíduos, famílias e comunidades (KRUG; DAHLBERG, 2007).

O Relatório da WHO (2002) demonstra que cerca de 1.6 milhões de pessoas no mundo foram mortas por um dos três tipos de violência descritos acima, sendo a maioria de ocorrências em países de baixa e média renda e 50% de suicídios. Com relação aos homicídios, 77% correspondem a homens, um índice três vezes mais alto do que para mulheres. Padrões globais foram descritos no levantamento realizado sobre mortalidade e foi o ponto de partida para descrição da população para o impacto da violência (KRUG; DAHLBERG, 2007).

No que se refere à interpessoal ou coletiva, merece ser um pouco mais detalhada, pois se materializa por formas de relação e comunicação violentas[50]. Prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança, inveja, com produção de danos físicos, psicológicos ou morais, que podem ou não levar à morte. A base desse tipo de violência é o conflito, mas nem todo o conflito pode ser considerado violento por ser inerente às relações humanas. A incapacidade ou impossibilidade de resolvê-lo de forma pacífica, com soluções civilizadas, negociações, diálogo e respeito, pode levar a sua exacerbação e à irrupção de atos violentos corpo a corpo, com ou sem uso de objetos ou qualquer tipo de arma. Considera-se que o aumento das desigualdades, desemprego, omissão política faz do aumento da violência interpessoal “um indicador negativo da qualidade de vida no país, tanto nos espaços rurais como nas regiões urbanas” (MINAYO, 2009, p. 34).

De conflitos como os expressos pode surgir a violência criminal favorecida por contextos repressivos que colaboraram para proliferar infrações por agressão, atentado à vida de alguém e/ou seus bens, que clamam por intervenções e punições, cada vez maiores, de órgãos de segurança pública e da justiça. Atuação de gangues; redes de exploração sexual; tráfico de seres humanos, drogas e/ou armas; trabalho escravo com opressão infanto-juvenil; estão entre os problemas criminais mais recorrentes nesta tipologia.

No que se refere a tipologia coletiva, exposta pela WHO (2002), encontra-se a estrutural, que advém também da manutenção de desigualdades sociais, culturais relativas a gênero, idade, étnicas, religiões, deficientes físicos ou mentais, etc.;

---

[50] Em contraponto, a comunicação não violenta consiste em uma estratégia que visa trabalhar desde a infância atitudes positivas em lugar de negativas que geralmente culminam com relações de dominação entre os seres humanos (ROSENBERG, 2006).

promovem e sustentam, fome, miséria, submissão, exploração. A naturalização da miséria é o chão de onde brotam estigmas, por exemplo, em torno do idoso, do pobre e do negro como potencialmente violentos, levando à perpetuação e reprodução de uma realidade social de medo e repúdio por esse grupo social:

> Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, homens, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos devem ser respeitados como pessoas e sua integridade física, protegida e assegurada (MINAYO, 2009, p. 33).

Em decorrência, manifesta-se a cultural referente a valores, crenças e práticas naturalizadas pela difusão e aceitação perpetuada por um determinado grupo em relação a outro. A cultura de um povo pode ser expressa pelo modo de pensar, sentir e agir por meio da comunicação, cooperação e repetição das ações que visam à inclusão dos iguais e à exclusão dos diferentes. Segundo Minayo (2009), essas formas estão presentes em todas as sociedades dirigidas a grupos vulneráveis (crianças, idosos), por diferenças de qualquer natureza que levam à exclusão e à segregação; essa é a base da violência cultural que a concebe como natural, velada por modos de dominação, submissão e agravos dali decorrentes.

Atitudes discriminatórias podem levar à compreensão equivocada de que a violência é mais comum entre pobres: esse é um exemplo de naturalização desta e demonstra uma grande confusão conceitual presente também no imaginário social. Ela não escolhe pessoas, antes abrange todas as classes sociais, ainda que a violação de direitos básicos (educação, moradia, saúde, habitação, transporte, entre outros), que garantissem o pleno exercício da cidadania coloque em risco uma grande camada de população e, por consequência, os projetos de segurança da sociedade ficam ameaçados. Por exemplo: a falta de expectativa de uma vida com maior qualidade pela qualificação profissional tem levado jovens ao caminho do tráfico em uma falsa esperança de uma vida melhor. Estatisticamente, a maioria desses jovens morre entre 25 a 30 anos, quando chegam a essa faixa de idade:

> (...) em torno de 70% dos jovens mortos por policiais ou executados por membros de gangues nas áreas urbanas não têm antecedentes criminais: são pessoas que atuam no mercado informal ou, simplesmente, estudantes. São pobres que passam por uma segunda seleção social, já que a primeira

> acontece, para os segmentos populares, pela mortalidade infantil (SOUZA; MINAYO, 2005, p. 16).

A compreensão da violência deve incluir diferentes pontos de vista e critérios distintos (instituições, âmbito jurídico, sociais, pessoais), a vulnerabilidade física ou fragilidade psicológica de indivíduos e coletividades. Nas concepções de Arendt (1981), ela é comparada ao inapreensível e a imprevisibilidade, como um desregrado absoluto, de onde surge o sentimento de insegurança. Em geral, é mais fácil atribuir a qualidade de violento ao ato que traz prejuízos naturais e físicos, claramente visíveis por sua gravidade. Sua mensuração é comumente realizada por critérios estatísticos com o objetivo de destacar os julgamentos de valor e conhecer melhor o funcionamento social.

> O erro das abordagens objetivas é não ver que, sem suas referências normativas, a ideia de violência não tem nenhum sentido e que suas funções de condenação, de celebração ou de encantação não podem ser deixadas de lado. A violência é definida e entendida em função de valores que constituem o sagrado do grupo de referência (MICHAUD, 1989, p. 13-14).

Por isso, a violação de crenças, costumes, perseguições morais ou personalidade, a intimidação pode ser igualmente grave. Sua caracterização deve englobar essas divergências de pontos de vista: definições objetivas não são isentas de pressupostos; o componente subjetivo está presente e envolve as nuances dos critérios utilizados, inscritos em um tempo e um contexto, o equilíbrio entre esses pontos de vista não pode ser garantido, mas nem por isso a invalida, apenas muda sua perspectiva; não há saber nem discurso universal sobre a violência.

Ainda no contexto coletivo, a violência institucional vem sendo praticada, veiculada, reproduzida e perpetuada no interior das organizações, através de regras e normas de funcionamento, burocracias, políticas e estados sociais injustos. As formas de oferta e execução dos serviços públicos, como se lê:

> Os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população quando se refere à violência institucional: a maior parte das queixas dos idosos, quando comparecem às delegacias de proteção, é contra o INSS e os atendimentos na rede do SUS. E os jovens reclamam principalmente das forças policiais que os tratam como se fossem “criminógenos”, ou pelo fato de serem jovens ou por serem pobres (MINAYO, 2009, p. 33).

A violência pode estar ligada a condições de trabalho, vida ou sobrevivência, e essa constatação coloca obstáculos para o avanço do conhecimento histórico ou sociológico da violência. O primeiro deles é que há uma diversidade de normas jurídicas e institucionais entre as diferentes culturas que podem naturalizar comportamentos, práticas e atos inconcebíveis em outras. Segundo, nem sempre a conservação de dados históricos de uma sociedade é realizada comprometendo a apreensão, o resgate e a confiabilidade dos mesmos: “o projeto de uma história de violência frequentemente esbarra na falta de dados precisos, sendo difícil de avaliar o volume de violência de sociedades que não se preocupam, ou não têm meios para guardar traços de dados deste tipo” (MICHAUD, 1989, p. 17). Terceiro, como não há neutralidade em relação ao ato humano qualquer que seja ele, assim também o registro e avaliação, implica sempre uma perspectiva em que os dados foram apreendidos, o que faz com que toda tentativa de resgatar a história da violência seja sempre uma conjuntura.

No que se refere ao Brasil, em termos de legislação, a publicação da Portaria Ministerial de 16 de maio de 2001, denominada de Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violências, que é anterior ao Relatório da WHO (2002), considera-a como um problema de saúde pública e tem por objetivo orientar o setor para lidar, legitimar e integrar ações. Utiliza uma definição muito próxima a do conceito sustentado pela WHO (2002): “Violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (BRASIL, 2001b, p. 3).

Outra política proposta é a Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004b), promulgada pela Portaria GM/MS 938, de 19 de maio de 2004, com a principal finalidade de estimular e desenvolver uma cultura de paz por meio de ações de prevenção e tem por objetivos: (1) promover a articulação da gestão de conhecimento sobre o agravo por meio da qualificação da Vigilância de Violências; (2) desenvolver pesquisas; formular indicadores, disseminar conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; (3) implementar a troca de experiências de gestão e formular políticas públicas intersetorias e intrasetoriais; (4) fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; (5) intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento de estratégias

de enfrentamento à violência, de atuação sobre os determinantes sociais em saúde e; (6) acompanhar o incremento dessas estratégias nas várias esferas de gestão.

A Política Nacional de Promoção à Saúde pela Portaria GM/MS 687, 30 de março de 2006, tem por prioridade a redução da violência e como objetivo geral "promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais" (BRASIL, 2006b, p. 13). Pressupõe iniciativas diferenciadas de atenção básica que poderão ajudar na identificação de eventuais aspectos produtores da violência no território que afetam o desenvolvimento de uma vida local saudável.

A contribuição da saúde pública nesse processo, destina-se às coletividades e não a questões individuais, ocupando-se de situações e enfermidades que afetam um maior número de pessoas, com estratégias de prevenção e promoção que assegurem à população uma melhor qualidade de vida das populações e dos indivíduos particulares.

Científica e interdisciplinar, a abordagem pública baseia-se em conhecimentos desenvolvidos por várias áreas de conhecimento médico, epidemiológico, psicológico, social, antropológico, educacional, econômico, político e legislativo. Desse modo, a saúde pública pode abranger uma série de fenômenos determinados de enfermidades, doenças e males que assolam as pessoas local e globalmente.

A ação coletiva é enfatizada pela saúde pública em esforços de diferentes setores que conjuntamente desenvolvem ações buscando solucionar problemas que já não podem mais ser considerados unicamente médicos e legislativos (KRUG; DAHLBERG, 2007). Todos os setores envolvidos na promoção, prevenção e educação em saúde são igualmente importantes.

A saúde pública em nível mundial lida, portanto, com a violência deslocando o foco de atenção do problema para a solução e utiliza o método científico para desenvolver quatro importantes etapas: (1) Exame de conhecimentos; (2) Pesquisas sobre causas; (3) Formas de prevenção; (4) Disseminação da informação. Sobretudo, a ênfase na prevenção é sua maior característica: "Mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados" (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1165).

Em relação às causas desse fenômeno, essa dualidade também é verdadeira, algumas são facilmente constatadas, outras “estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana” (KRUG; DAHLBERG, 2007, p. 1164). A interação organismo-ambiente explica, em alguma medida, a predisposição para a agressão interagindo com referências familiares, comunitárias, culturais, entre outras, consideradas como fatores externos que favorecem a ocorrência de atos violentos.

O elo estabelecido entre pobreza e violência, por exemplo, demonstra como os discursos veiculados podem sustentar e disseminar equívocos em termos de concepções que geram e sustentam, também, atitudes sociais de preconceito, discriminação, estereótipo e estigma. A relação entre mortalidade por violência e pobreza pode ser bastante controversa. Certo é que violação de direitos promove desigualdades sociais e incide diretamente sobre a qualidade de vida das pessoas no plano individual e social. Mas há que se ter o cuidado e prudência ao estabelecer uma correlação direta entre ambas e, consequentemente, criminalidade. Países desenvolvidos apresentam altos índices de violência, bem como crimes hediondos são cometidos em camadas mais altas da sociedade. Esses eventos, porém, nem sempre são veiculados e notificados.

Jovens sem perspectiva de futuro pela ausência de dispositivos educacionais eficazes que lhe abrissem portas para o mercado de trabalho tornam-se alvos frágeis e fáceis para o tráfico de armas e drogas e suas promessas fantasiosas ascensão de poder, posses e riquezas. A maioria deles tem sua vida ceifada antes dos 30 anos:

> Na África e nas Américas, a taxa de homicídios é quase três vezes maior do que a de suicídios. (...) Em todas as partes do mundo, as mortes representam a ponta do iceberg quando se fala de violência. Ataques físicos e sexuais ocorrem a cada dia, embora não se disponha de estimativas nacionais e internacionais (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1170-1171).

Essa é a realidade [pobreza, violação de direitos] de situações que envolvem pressões políticas, culturais ou de qualquer outra natureza:

> (...) nos países com forte pressão cultural para manter a violência escondida "debaixo do tapete", ou simplesmente para aceitá-la como "natural", a violência não fatal possivelmente não será totalmente relatada. As vítimas podem se recusar a discutir experiências violentas não somente por vergonha ou tabu, mas por medo (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1171).

A imprensa mundial incube-se de introduzir novos elementos à violência:

(1) A relação com a exterioridade passa pelas imagens dos indivíduos, acontecimentos, fatos, seja pela experiência direta ou indireta, através do testemunho escrito ou oral. Em especial, na contemporaneidade, a mídia multiplica as evidências indiretas que passam a serem aceitas como reais:

> As imagens são enganosas: ainda que cada uma seja autêntica, podemos selecioná-las, montá-las, legendá-las, podemos enquadrá-las e reenquadrá-las, podemos, sobretudo, mostrá-las ou não mostrá-las de jeito nenhum. As imagens da violência não escapam dessas distorções. Por causa delas, não são tanto as violências efetivas que contam, mas sim o que delas ficamos sabendo e imaginamos (MICHAUD, 1989, p. 49).

A possibilidade da desinformação torna-se então, ocorrências comuns, seja pela intenção da informação, por excesso ou manipulação delas.

(2) As imagens se tornam a parada de batalha mediante a fundamentalidade que ganharam, tentando controlar o conflito e a forma como ele aparece.

(3) Por meio da ação da mídia, com celofane ou papel, banaliza-a com imagens irreais, forjadas, montadas, utilizadas e transformadas em clichês:

> Não há dúvida de que as imagens da violência contribuem de modo não desprezível para mostrá-la como mais normal, menos terrível do que ela é, em suma: banal. Cria-se assim um hiato entre uma experiência anestesiada e as provas da realidade, raras, mas muito mais fortes (MICHAUD, 1989, p. 51).

No funcionamento social, ela é racionalizada e não excluída, ao contrário, é admitida, ajustada, tolerada, enquadrada: “as coisas se normalizam e se banalizam. Habituamo-nos a tudo” (MICHAUD, 1989, p. 66). Costa (2003) também considera, nesta mesma direção, que “a banalização da violência é um dos aliados mais fortes de sua perpetuação” (p. 44). Ela é socialmente tratada, então, com paliativos, com intuito de suavizar camadas de seus efeitos por meio de estratégias de naturalização:

> O movimento de racionalização da violência deve ser compreendido em toda a sua ambiguidade. De um lado, ele acaba tornando-a banal e comum, colocando-a em circulação numa escala considerável, senão insuspeitada. Alguns [filósofos] estimaram que essa violência é ainda mais escandalosa na medida em que nela a racionalidade se coloca a serviço do inaceitável em sociedades que, em princípio, poderiam dispensar tais métodos. Por outro lado, não se deve subestimar o que a gestão da violência introduz como mecanismos de controle e de paz em interações humanas que jamais foram particularmente pacíficas (MICHAUD, 1989, p. 67).

Sacralizada ou banalizada, ela “se torna o trivial variado de toda atividade ou experiência psíquica” (COSTA, 2003, p. 18), transformando-se em processos de violência silenciosa. Nesse sentido, pode-se questionar a imagem veiculada sobre os serviços públicos de saúde: todas as experiências do SUS são ruins, infrutíferas, tal como falado pelas pessoas comuns, profissionais ou noticiadas pela mídia? O quanto dessas significações colabora para que se perpetue o imaginário social de descrédito de que o SUS pode dar certo? Na atenção básica de qualidade? O quanto essa forma de pensar influencia também os profissionais e os estudantes em formação? É o caso das imagens sobre o setor de atenção e cuidados em saúde: veicula-se muito as experiências ruins, os serviços sucateados e os profissionais ineficientes e insuficientes. As experiências que dão certo aparecem, vez por outra, sob o rótulo “é fantástico!”, induzindo a um pensamento de que não faz, não pode e não fará parte do cotidiano.

Todos os dias a mídia noticia o cotidiano dos brasileiros e suas relações com os serviços de saúde, um percurso de insatisfações inúmeras, de direitos violados, escassez de atenção e cuidados seja pela ausência de pessoal, ou pela falta de insumos. Uma realidade violenta com o profissional, com os usuários, mas não percebida como tal. É uma forma comum, não explícita, embora relacionada a fatores sociais, econômicos e políticos. Sobre isso, Marin (2002) considera:

> Poucos se dão conta de que o ideal contemporâneo da busca da felicidade e a obsessão pela ausência de conflitos contribuem ainda mais para que o sujeito e as instituições atribuam ao outro os problemas de violência. Isto me instigou a insistir na reflexão e debate que recoloca em questão a violência fundamental que está presente em todos nós e que tende a ser negada – sem, evidentemente, desconsiderar ou menos ainda, negar a dialética dos fatores sociais nesse processo (p. 10).

Poder e violência são indissociáveis e esta é subordinada ao poder: enquanto que a primeira é instrumental, precisa de um ato, uma conduta, o segundo, por sua vez, é uma força em si mesmo. Essa constatação gera uma reciprocidade que poderia levar a uma conclusão precipitada de que não é possível prevenir a violência. Segundo o Relatório da WHO (2002), acredita-se que pelas intervenções em saúde pública, alguns tipos violência possam ser evitados e reduzidos, assim como outros problemas já o foram, como aqueles relacionados à saúde da mulher, do trabalhador, à salubridade e ao contágio:

> É possível prevenir a violência. Esta afirmação não é um artigo de fé, mas baseada em evidências constatadas a partir de exemplos de sucesso em todo o mundo, desde ações individuais e comunitárias de pequena escala até políticas nacionais e iniciativas do legislativo (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1164).

A violência ante ao fato da cultura é uma particularidade da vida social que pode ser substituída por tipos de negociação, formas de encaminhar soluções para conflitos por meio de diálogo e cooperação (COSTA, 2003, p. 62). No protagonismo dos sujeitos que conformam uma sociedade é que se pode apostar com alguma segurança que há saídas para a violência. A construção social em torno da violência pode fazê-la aumentar ou diminuir. Das formas mais cruéis (de massa, tortura etc.), até as mais sutis, a violência precisa ser visibilizada, percebida, analisada e enfrentada. Para isso, o diálogo com os serviços clínicos e de saúde, de emergência, é essencial, pois não há como medicalizar a violência. Também é necessária uma maior especialização no atendimento as vítimas: monitoramento de ocorrências, sistematização, ampliação e consideração no atendimento hospitalar; capacitação de profissional e equipes.

A criação de uma política transversal de humanização é uma tentativa de conter os problemas da violência nas instituições de saúde:

> (...) é o reconhecimento de que a tendência da instituição e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização dos pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários (MINAYO, 2009, p. 33).

É imprescindível lembrar que o combate à violência institucional é um importante marco nas políticas nacionais de humanização; reorganização e reordenamento e adequações das gestões dos serviços para atendimento às mudanças do perfil epidemiológico, em caráter de urgência, especialmente no que diz respeito à atenção pré-hospitalar, emergência, reabilitação, práticas intersetoriais e articulação com a sociedade civil, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações.

A Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b) prevê a operacionalização de ações de promoção nos três níveis de gestão do SUS. São premissas do documento: (1) inserção do tema no escopo da promoção da saúde que, como setor de serviços, necessita orientar-se proativamente

diante das realidades sociais que os cidadãos têm que lidar rotineiramente e, com isso, contribuir para a universalização do exercício de direitos de cidadania; (2) necessidade de ampliação da compreensão do fenômeno para que se possa diagnosticá-lo, enfrentá-lo e notificá-lo com maior eficiência, para embasar modos específicos de intervir; (3) análise das subnotificações da violência deflagradas a precariedade das informações e a negligência em relação à forma como o tema tem sido tratado por atitudes reducionistas do modelo biomédico de atenção, que leva à negação, ao desinteresse, ao desconhecimento e à falta de preparo profissional e institucional para lidar com o fenômeno; (4) reconhecimento da necessidade de reformulações, no nível da formação, para o enfrentamento mais efetivo e com resultados mais sólidos, bem como mobilização das instituições de saúde para não reproduzir a violência na assistência às vítimas:

> (...) os serviços e seus profissionais são vítimas, mas, principalmente, também são atores de violência e precisam ter consciência de que contribuem com sua cota para a crueldade de que é vítima a população. Isso ocorre, sobretudo, nas relações com os mais pobres que recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando tratam mal e burocraticamente, são insensíveis, discriminam e negligenciam cuidados (MINAYO, 2009, p. 26).

No entanto, para que as políticas públicas se tornem mais efetivas no Brasil, é necessário considerar que notificações sobre atos de violência sejam fidedignas. Na realidade nem sempre é possível realizar um bom levantamento e estudo a partir dos dados existentes, devido a falhas em registros e, mesmo quando estão disponíveis, podem não ser precisos, ter informações inconsistentes que dificultam a coleta, a análise e inviabilizam a realização de boas pesquisas e delineamento de estudos de prevenção.

Apesar de legalmente compulsória, gestores governamentais que mantém hospitais de referência para grandes emergências e urgências locais, responsáveis por receber todos os dias casos de violência, podem ser reticentes para ceder seus dados, uma vez que estes podem contrariar bandeiras de campanhas políticas, temendo que sua divulgação tenha repercussões ruins junto à população.

Este exemplo demonstra o quão complexo pode ser o levantamento preciso de dados. O modo como a investigação é feita, quem a faz, quando, como é percebida e recebida são condições que podem ser desfavoráveis à coleta de informações. Se houve apenas uma só fonte ou se foram variadas. A criação de protocolos para garantir confidencialidade pode ser uma saída para minimizar ou resolver a questão.

2.3.4. A abordagem ecológica da violência

Em 2002, a WHO ao divulgar Relatório sobre Violência e Saúde no Mundo, instituiu um marco histórico de importância, ao colocar este problema entre as cinco prioridades para as Américas nas primeiras décadas do Século XXI. Nele, a violência foi abordada dentro de uma perspectiva ecológica e, de forma mais contundente, conceituada:

> (...) uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG; DAHLBERG, 2007, p. 5).

Brofenbrenner (2002/1996) fez dessa forma de abordagem um modelo teórico eficiente para compreender o desenvolvimento humano, defendendo enfaticamente que os estudos nessa vertente devem ser realizados em ambientes naturais, bem como analisar a participação da pessoa participante da pesquisa em relação a um maior número possível de ambientes e pessoas, de forma realística. Distingue quatro elementos principais, que são a pessoa, o processo, o tempo e o contexto.

O primeiro refere-se às características individuais determinadas biologicamente ou pela interação com o ambiente. No ambiente mais próximo da criança, onde se desenvolve o que o autor denomina processo proximal, ela participa ativamente e a evolução biopsicológica a coloca como produtora e produto de seu próprio desenvolvimento. Ao mesmo tempo, sua personalidade resultará da interação conjunta dos elementos.

O segundo elemento, o processo, é considerado o principal mecanismo envolvido no desenvolvimento, em uma concepção de constante evolução biopsicológica, e que se caracteriza por interações recíprocas progressivamente mais complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato (processos proximais, acontecem no micro e no mesossistema), que operam como o substrato das atividades conjuntas, dos papéis e das relações rotineiras entre crianças/cuidadores/ professores, e podem determinar suas trajetórias de vida. Esse elemento é de especial importância pelo seu potencial de inibir ou incentivar a expressão de competências cognitivas, sociais e afetivas.

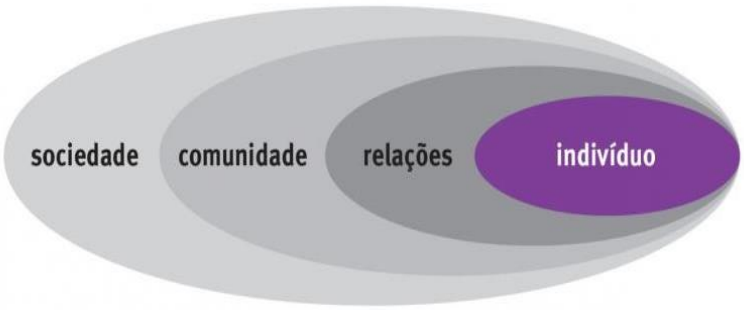
Em relação ao tempo (terceiro elemento), consideram-se as mudanças e continuidades que ocorrem ao longo da vida compreendidas em três níveis: o microtempo (referente à continuidade e à descontinuidade observadas dentro dos episódios de processo proximal que condicionam a interação recíproca, progressivamente mais complexa e regular, não podendo funcionar efetivamente em ambientes instáveis e imprevisíveis); o mesotempo (periodicidade dos episódios de processo proximal em dias e semanas); e o macrotempo (expectativas e eventos constantes e mutantes tanto dentro da sociedade ampliada como das gerações, que afetam e são afetados pelos processos e resultados do desenvolvimento dentro do ciclo de vida).

O modelo ecológico coloca-se como um método eficiente para estudos sobre violência e tem sido aplicado e utilizado em diferentes tipos e áreas de pesquisa, por ser este um fenômeno que requer uma ampliação de sua direção para que se possa alcançar sua pluridimensionalidade:

> A violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses fatores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a *prevenção* da violência (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1.172 – grifos nossos).

Por fim, o contexto (quarto elemento), subdivide-se em outros quatro níveis, tal como demonstrado a seguir:

FIGURA Nº 04: Modelo Ecológico para compreender a violência.



FONTE: Relatório sobre a Violência e Saúde (WHO, 2002, p. 13).

O primeiro nível refere-se aos fatores individuais (microssistema) que vão desde as bases biológicas e demográficas, até a constituição da personalidade que envolve impulsividade, nível de escolaridade, uso de substâncias químicas, história

de vida reforçada por abusos e agressões. Considera que este nível aumenta a probabilidade de o indivíduo manter o ciclo de violência, seja como vítima ou agressor. Porém, dados recentes demonstram que isso é apenas uma possibilidade, nas não um destino.

As relações sociais próximas correspondem ao segundo nível do modelo ecológico (mesossistema) e contemplam o plano familiar, amigos dos pais, do trabalho, da faculdade, da escola etc.; ambientes violentos predispõem os indivíduos a um padrão de comportamento violento pela força da experiência e do ambiente. No entanto, em certo grau de resiliência deve ser considerado. Os estudos de Botelho (2008) e de Botelho; Moraes e Leite (2015) demonstram que jovens desafiliados encontraram na rua uma estratégia de defesa para fugir desses ambientes.

No terceiro nível encontra-se a comunidade (exossistema), plano em que há uma maior influência social e cultural advinda de espaços de inserção como as escolas, locais de trabalhos, o bairro, nível elevado de mobilidade residencial, prevalência de heterogeneidade, densidade populacional são alguns exemplos de características que têm sido associadas a comportamentos violentos. Outras características que também se presentificam e aumentam a probabilidade de comportamento violento são: tráfico de drogas, desemprego, isolamento social, ociosidade, escassez de apoio institucional, pobreza e miséria.

Por fim, no quarto nível engloba toda a sociedade como um todo (macrossistema) que cria fatores que podem inibir ou aumentar a violência, sustentar tensões e conflitos ou desenvolver mecanismos de minimizá-los. Alguns fatores que colaboram para sustentar a violência são: normas culturais predominantes a normas legais, atitudes de naturalização do suicídio e de outros eventos violentos; anulação de direitos de proteção a grupos vulneráveis; preconceitos raciais, sexuais ou de gênero; cultura de excesso de uso de força e exercício de poder; sustentação de conflitos políticos. Nos primeiros meses do ano de 2017, o Brasil assistiu a diversas rebeliões e extermínios em presídios na região norte do país.

O maior desafio deste modelo é compreender como esses múltiplos fatores interagem entre si. Para os estudos sobre violência, este modelo foi adotado no final da década de 1970 para compreender casos complexos de negligência, abuso infantil e violência infanto-juvenil. Nas últimas décadas tem sido utilizado também para estudar a violência de parceiros íntimos e abusos na terceira idade. Explorando a relação entre os fatores sociais, contextuais e individuais, o modelo busca

compreender essa interação e tem entendido a violência como resultado da complexidade que dali resulta e influencia o comportamento:

> A proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida. (...) As associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e econômicos sugerem que direcionando os fatores de risco por intermédio dos diversos níveis do modelo ecológico é possível contribuir para a redução de mais de um tipo de violência (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1173-1174).

A epidemiologia da violência, enquanto uma das causas externas, tem demonstrado que esta vitimiza mais pessoas hoje que as doenças infecciosas; é considerada como uma das principais causas de mortalidade geral e primeira causa de óbito entre a população de cinco a quarenta e nove anos de idade (MINAYO, 2007). Ela também é responsável por morbidades severas e afeta inúmeras pessoas indiretamente pelo seu efeito devastador.

Nos últimos trinta e cinco anos, os índices de mortalidade ocasionados pela violência alteraram o perfil epidêmico e, associadas a outros fatores como queda dos índices de mortalidade infantil e aumento de DCNTs, provocaram uma transição: as doenças infecciosas cederam lugar aos agravos decorrentes de estilos de vida, responsáveis também por enfermidades crônicas (SILVA Jr; RAMALHO, 2015). Desde a década de 1980, assiste-se essa passagem: cânceres e doenças coronárias, que tinham os índices mais elevados de morbimortalidade, cederam lugar às causas externas, no caso, aos acidentes e violências, essencialmente problemas de natureza psicossocial, constituindo como um problema que compõe um conjunto de determinantes de saúde, condições e estilos de vida (MINAYO, 2009).

Essa transição é reveladora de realidades paradoxais que tem desafiado os círculos acadêmicos. Por um lado, a ciência avança em prevenção, diagnóstico e terapia para doenças infecciosas, crônicas e degenerativas. Por outro, aspectos psicossociais se avolumam nos cenários urbanos e unem, em uma só tomada, problemas sociais e de saúde. Apesar de não ser uma questão tipicamente desta natureza, afeta demasiadamente o setor provocando mortes, lesões, traumas físicos, agravos mentais e emocionais, criando uma sobrecarga na rede assistencial; altera padrões de qualidade de vida das pessoas e coletividades; denuncia a organização

falha dos serviços para atender demandas que não estejam nos padrões biomédicos, o que desafia o atendimento médico; coloca em evidência a necessidade de atenção coletiva, interdisciplinar e intersetorial para atender cidadãos.

Acidentes e violências configuram o conjunto denominado na CID-X de causas externas, que são eventos ou conjunto deles, com lesões que podem ou não resultar em óbitos. Diariamente elas fazem centenas de vítimas nas cidades e sobrecarregam os serviços de urgência e emergência, na procura de atendimento e suporte médico, psicológico e social. Podem incluir: homicídios, suicídios, acidentes de transporte e de trânsito, lesões físicas e psíquicas, enfermidade e incapacidade decorrentes dos traumas, envenenamentos, ferimentos, traumas, queimaduras, intoxicações. Em 2001, o Ministério da Saúde assim definiu acidentes: “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, dentre outros” (BRASIL, 2001b, p. 8).

A associação acidente/violência demonstra o quão tênue é a linha divisória entre estes dois eventos, e o quão difícil é discerni-los na prática do cotidiano. Se tomarmos, por exemplo, a questão do trânsito que leva a graves ferimentos e a óbitos, nem sempre é possível verificar a intencionalidade dos agentes, o que impossibilita oferecer uma interpretação fidedigna do evento – se houve consumo de substâncias psicoativas, infração e não obediência às normas do trânsito – ou se de fato foi uma fatalidade sem possibilidade alguma de prevenir, controlar ou evitar tal evento.

Entre os mais violentos estão os de trânsito, trabalho e domésticos. O primeiro chega a levar a óbito aproximadamente 30 mil brasileiros por ano e lesionar cerca de outros 300 mil, onerando os cofres públicos e impondo graves consequências sociais e pessoais, ao gerar incapacitações. Esse é um impasse que vários países, como a Suécia, têm conseguido controlar seguindo uma agenda estratégica: resolução de problemas de engenharia e conservação de estradas e ruas; desenho e segurança dos veículos; orientação dos condutores dos veículos e dos atores sociais que compõem o cenário do trânsito – condutores, pedestres, ciclistas, motociclistas (projetos de educação no trânsito).

No que tange aos de trabalho, a informalidade é um fenômeno que impede que as taxas e índices sejam correspondentes à realidade de fato. No mercado formal decresce o número de mortes e aumenta os casos de lesões e traumas, operários da construção civil e motoristas são as profissões com maior índice de morbimortalidade

pela natureza da tarefa e ausência de equipamentos de proteção. Há uma convergência entre violência social e do trabalho; trabalhadores são vítimas por homicídio ou acidentes, pois também estão imersos nesta cultura. Entre os acidentes domésticos os dois tipos mais comuns são quedas (idosos) e envenenamentos (crianças); ambos os problemas geralmente estão associados à falta de atenção familiar que caracteriza negligência, descaso, abandono e privação (BRASIL, 2001b).

A violência é, sobretudo, um problema biopsicossocial, envolve sofrimento e dor mesmo quando não afeta o físico ou leva à morte. Possui um peso substancial em quem se encontra em torno da vítima (família, comunidades, sistemas de saúde), resultando em problemas múltiplos que podem perdurar por longos anos como decorrência de um ato que lhe deu origem: “Definir as consequências somente em termos de ferimento ou morte limita a compreensão total da violência em indivíduos, nas comunidades e na sociedade em geral” (KRUG; DAHLBERG, 2007 p. 1165).

A questão da intencionalidade é de extrema complexidade, porque pode haver a intenção do ato, mas não intenção da violência ou do dano, uma vez que esta é culturalmente determinada. Necessitará ser vista, segundo a WHO (2002), em relação à saúde ou ao bem-estar dos sujeitos. Com isso, marca uma diferenciação entre o ato que é dirigido ao outro indivíduo, a si próprio ou a grupo de pessoas. Esse imbricamento complexo denota que nem sempre os marcos de divisão entre os diferentes formas e naturezas dos atos violentos são claros ou facilmente percebidos. No entanto, esta proposta supera limitações colocadas por outras formas de a conceber, no que tange tipos e origens, ao enlevar as múltiplas relações entre o contexto, os atores envolvidos e os elementos motivacionais. Por isso exige uma abordagem multidisciplinar e uma atenção interdisciplinar.

De toda forma, a violência persiste causando prejuízos à própria pessoa, ao outro e à sociedade como um todo, reproduzindo-se nos espaços sociais ou privados, nos relacionamentos interpessoais, nas configurações subjetivas. Assume diferentes formas de manifestação e provoca sérias consequências para a vida das pessoas.

2.3.5. Violência silenciosa

Como se viu até aqui, a violência é parte da vida humana, um produto das relações. Estudos a relacionam com a criminalidade, assédio sexual ou moral. Mais recentemente pelas contribuições de vários autores abordados anteriormente, tem

sido possível pensar a violência como fenômeno psicossocial global que assume formas diferentes e em contextos diversos. A realidade contemporânea também tem colaborado para estudos diversificados sobre as diferentes modalidades que a violência pode assumir como tem sido explorado nos estudos de Minayo (2006, 2009) e Leite (2008, 2009, 2010), que são algumas das autoras brasileiras que, entre outras, tem se ocupado dos estudos dessas formas diferenciadas de violência.

Estudos que associam violência e criminalidade focalizam a normatização e controle social, o assédio moral como conduta abusiva que atenta contra a dignidade de outrem, bem como de sua integridade física, psíquica, seja por ameaças ou atos, de forma repetida ou sistematizada, por gestos, palavras, comportamentos ou atitudes. “Em termos de dominação simbólica, a resistência é muito mais difícil, pois é algo que se absorve como o ar, algo pelo qual o sujeito não se sente pressionado; está em toda parte e em lugar nenhum, e é muito difícil escapar dela” (BOURDIEU; EAGLETON, 2007, p. 270).

A violência simbólica é estrutural, ninguém escapa a ela e, nesse caso, pode ocorrer “de uma vez (maciça) ou gradualmente, até *invisivelmente* (distribuída)” (MICHAUD, 1989, p. 11 – grifos nossos); e é nesse sentido que a diferença entre estado e ato aparece de forma mais contundente: “estados de violência supõem situações de dominação que abrangem todos os aspectos da vida social e política e se tornam, assim, cada vez *menos passíveis de localização*” (MICHAUD, 1989, p. 10-11 – grifos nossos). Esses estados facilmente podem assumir de forma de violência silenciosa, pois tendem a se naturalizar.

A interação pessoal é o pressuposto da violência (MICHAUD, 1989). Essa constatação imprime uma complexidade ao conceito que deixa de depender de um único fator, pessoa ou motivação. Como resultado da intenção da violência é o efeito que dela resulta, seja pelo uso da força do próprio corpo, ou pela utilização de diferentes instrumentos. Diversas modalidades podem estar envolvidas na produção da violência e o progresso tecnológico pode produzir uma violência orientada indiretamente por “meios cada vez mais limpos” (MICHAUD, 1989, p. 11).

Diferentes formas de banalização e naturalização conferem-lhe uma tonalidade de invisibilidade que está na base do conceito de Leite et. al. (2010):

> Trata-se do que chamamos de violência silenciosa, cuja intenção não pode ser demonstrada objetivamente e acaba sendo aceita como algo normal por toda a sociedade. Ela se expressa em atos sutis que violam a dignidade

> humana, associa-se a aspectos simbólicos, sobrepõe-se às outras expressões, sendo naturalizada por aqueles a quem ela se dirige, por aqueles que a praticam e por aqueles que a assistem. Por surgir de modo invisível, é impossível de ser quantificada através de instrumentos específicos (p 4).

Surge mediante a ausência de estruturas protetivas para o desenvolvimento físico e psíquico do sujeito de modo saudável nos mais diversos contextos e em qualquer fase do desenvolvimento humano:

> As diversas formas de violência, em especial a silenciosa são capazes de alterar a percepção individual do bem-estar emocional e psicológico e de reduzir a capacidade do indivíduo para funcionar de forma independente e autônoma no seio da sociedade (LEITE et. al., 2011, p. 7).

De um modo ou de outro, todos os tipos de violência definidos pela WHO (2002) são perceptíveis pelos seus visíveis danos. A silenciosa, no entanto, não tem visibilidade direta, pois ela afeta o sujeito sem que isso seja tão nitidamente percebido, pelas inúmeras imposições a que é submetido, levando-o a aceitar conjunturas que os faça renunciar aos seus desejos e projetos, sem ser verbalizado como violento.

A compreensão dos processos de violência silenciosa demonstra que há algo contemporâneo que favorece a sua reprodução. Várias formas de violência não eram percebidas como tal em outros momentos históricos ou em outras culturas. A violência contra a mulher é um dos exemplos mais emblemáticos neste sentido. Essas variações, especialmente a temporal e histórica, são fundamentais para a compreensão da violência silenciosa com novas roupagens no mundo contemporâneo, mas que sempre esteve ali em diferentes tempos históricos, silenciosa! Atualmente encontra-se atrelada a fragilização das relações sociais, da tendência à intolerância e ao apagamento dos sujeitos como pessoas portadoras de direitos como a dignidade e a vida, banalização das injustiças e proliferação da desigualdade social, naturalização dos fenômenos psicossociais, exacerbação da economia capitalista que reduz os valores a moeda de troca.

A fecundidade e materialidade desse conceito pode ser percebida em muitas situações vivenciais no campo da saúde onde a violência silenciosa se encontra transvestida por protocolos, burocracias e outras formas de naturalização e banalização do sofrimento humano. Tem sido aplicada a outros âmbitos que ultrapassa a questão importantíssima dos meninos em situação de rua, explorada por Leite (1991, 1998, 2009, 2010), Leite, Leite e Botelho (2008), Leite et.al.(2011) e o

campo da saúde mental, alcançando os seus potenciais riscos a outros públicos igualmente carentes de políticas públicas e de intervenções como a situação dos estudantes de medicina, objeto de estudo deste trabalho.

Em momento anterior, Leite e Mello (2013) desenvolveram uma pesquisa sobre a saúde mental do jovem no enfrentamento dos exames de acesso ao ensino superior, utilizando o conceito de violência silenciosa. Um dos dados obtidos foi que há no Brasil hoje uma obrigatoriedade da oferta de serviços de apoio psicopedagógico nas escolas desde a formação básica ao ensino médio e superior. No entanto, identificou-se que há um número considerável de alunos que se encontra matriculado apenas nos cursinhos e não estão inseridos nas escolas nem nas universidades. Logo, não há obrigatoriedade da oferta desse serviço a esses alunos. Os resultados da pesquisa sinalizaram que há uma lacuna na assistência a esses estudantes e a necessidade de um suporte mediante aos inúmeros riscos à saúde mental, mas que não são visibilizados.

A violência silenciosa opera sobre um *lócus*: o terreno da intersubjetividade é o espaço onde transita, nas relações interpessoais nas suas mais variadas composições. Subjaz a essa forma a naturalização, enquanto processo histórico de racionalização e justificação de sua ocorrência, ao que se pode acrescentar a banalização, atitude muito típica nesses processos. A realidade é concebida como natural e por isso não pode ser questionada, é uma construção sócio-histórica e como tal tornou-se instituída por meio de legitimações derivadas do exercício do poder simbólico que “não reside nos ‘sistemas simbólicos’ em forma de uma *illocutionary force* mas que se define em uma relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença” (BOURDIEU; EAGLETON, 2007, p. 14-15).

Botelho, Moraes e Leite (2015) relacionam violência simbólica e silenciosa, uma vez que ambas são encontradas:

> (...) no cotidiano das desigualdades sociais, na ausência de políticas públicas resolutivas e no vácuo existente entre a implantação de uma política pública e sua gestão. Está presente no dia a dia dos desafiliados, mina a saúde física e mental, e os coloca, cada vez mais, à margem da cidadania (p. 8).

Reconhecido como um dos grandes sociólogos do século XX, Pierre Bourdieu ocupou-se durante toda a sua trajetória acadêmica à compreensão e explicação da dominação social por meio da cultura, educação, economia e política, entre outros. Com isso, desenvolveu conceitos como *habitus*, violência simbólica e campo social. Em relação ao conceito de violência simbólica, Bourdieu (1978) postulou, no bojo das discussões em torno da educação, um tipo de ação exercida por mecanismos simbólicos – tais como a mídia, a ciência, o conhecimento, entre outros – que mantém uma relação de controle e domínio sobre os sujeitos em posição de subjugação e dominação.

Ela seria uma forma de inventariar o sujeito em uma dada realidade que o coloca em uma posição de constrangimento, espécie de pano de fundo ideológico não facilmente percebido, mas que atinge igualmente todas as classes sociais e etnias, provocando que ideias sociais dominantes passem a ser concebidas como naturais. A dominação recobre formas variadas de relação de poder e leva a reprodução passiva e aceitação de regras e sanções. Dominados participam da construção da legitimidade imposta por aquelas naturalizadas, facilita a adaptação coletiva a certas situações. Identidade dos dominados e dominantes são criadas dentro de uma realidade simbólica que definem seus papéis e comportamentos. “A violência simbólica é uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer” (BOURDIEU, 1996, p. 16). Em publicação mais recente acrescentou: “O que denomino de violência simbólica ou dominação simbólica, ou seja, formas de coerção que se baseiam em acordos não conscientes entre as estruturas objetivas e as estruturas mentais” (BOURDIEU, 2012, p. 239).

Na forma simbólica, os dominados aderem a um sistema de símbolos partilhados de forma consentida, aceitam regras e dividem crenças que são naturalizadas na ordem social. Os sujeitos inseridos nesse campo de forças marcadamente dominantes perdem a capacidade crítica de questionar essas imposições. Ações coletivas reproduzidas por forças simbólicas tornaram-se práticas de cultura.

A violência simbólica é, assim, um fenômeno de fundo, uma flutuação que paira sob certas condutas, fatos e realidades que foram banalizadas, por isso tendem a se

reproduzir, repetir e perpetuar. Opera por uma única forma de cultura, a dominante e, no caso, anula diferenças individuais, reproduz e legitima práticas.

Embora percebida em alguns casos, ela é aceita pela força subjacente das representações que a sustentam, que abolem necessidade do emprego da força física, uma vez que se opera sobre os discursos que promovem a reprodução, repetição e perpetuação da realidade social de subjugação, obscurecendo e dissimulando fatos. Se, por um lado, a violência simbólica atrela-se à questão do poder e pode incluir ameaças, intimidação, negligência, omissão, violência auto-infligida e o suicídio, a violência silenciosa, por outro, abarca a alienação e institucionalização, fenômenos não facilmente perceptíveis.

Muito percebida em relação a gênero, etnia, sexualidade, o conceito de violência simbólica encontra ecos nas concepções sobre a silenciosa descritas anteriormente, uma manifestação sutil resultante de situações em que realidades muito atípicas são vividas como naturais e são perpetuadas pela banalização do sofrimento que delas decorrem. Este tipo de violência aproveita-se das estruturas ideológicas que se sustentam na simbólica, nem sempre sendo sentidas como violência porque se expressa por atos que não são nomeados pelos sujeitos como tal; é um processo mudo que de tão comum passou a fazer parte do universo das ações cotidianas e representações partilhadas pelos grupos como normais. Ela não está atrelada necessariamente à classe dominante, ciência ou produção do conhecimento e da tecnologia.

Se a violência simbólica é o fenômeno de fundo, a violência silenciosa é a própria cena que pode acontecer em qualquer lugar, está no shopping ou na favela, com o mocinho rico ou com os desafiliados[51], habita tanto nos melhores hospitais privados quanto nas UPAs ou SAMUs[52]. Ela não escolhe a quem afetar, simplesmente está ali quando o direito à dignidade é violado, quando um fato faz com que uma realidade tome uma forma que não deveria tomar, mas nem por isso é questionada ou problematizada e, ao invés, deixa atrás de si um rastro de sofrimento psíquico naqueles que são por essa realidade afetados.

---

[51] O termo desafiliado foi postulado por Castel (1995) e utilizado por Leite; Leite; Botelho (2008), para designar a condição daqueles que nasceram filiados, mas que, devido a circunstancias, eventos e adversidades da vida, criaram novos vínculos tornando-se a-filiados e, por outras razões, como, por exemplo, exclusão social, perdem posições sociais adquiridas e tornam-se des-a-filiados. Essa é a situação de milhares de crianças e adolescentes, conforme apontou o estudo realizado pelas autoras.

[52] Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Assim sendo, a violência silenciosa pode ser identificada e trabalhada, pois suas raízes podem ser locais e, uma vez percebidas, enfrentadas, o que não ocorre com a simbólica, da qual não se pode escapar pelo seu caráter estrutural. A primeira está ligada ao cotidiano que afeta diretamente os sujeitos e se articula a subjetividades: “A palavra recalcada está intimamente vinculada à violência e à dor. Não se fala o que dói e a violência silencia” (BERLINCK; RODRIGUEZ, 1987 apud MARIN, 2002, p. 21):

> Quando se deixa, portanto, de recorrer à violência aberta trocando-a por técnicas mais refinadas, nem por isso ela deixa de existir, mas sim, assume a fisionomia neutra e cinza da manipulação. A diferença então encontra-se apenas entre uma violência aberta e uma *outra surda e dissimulada* (MICHAUD, 1989, p. 48 – grifos nossos).

A violência silenciosa constrói-se na reprodução das relações de poder, pois “todo ato de reprodução cultural é simbolicamente violento” (COSTA, 2003, p. 19). Tal como se percebe em relação aos ideais em torno da medicina e do ser médico, o conceito de *habitus* de Bourdieu (2007) traz a concepção de noção, matriz cultural enquanto repertório comum de respostas a problemas rotineiros que afetam cotidianamente as pessoas e criam uma predisposição para pensar, agir e sentir de uma dada maneira. Configura-se como um sistema de esquemas de percepção, apropriação e ação profundamente internalizados por meio da incorporação da ordem social pelos sujeitos, o que é experimentado e praticado, mediante às conjunturas instituídas. É também entendido como processo de socialização que se atrela à construção da identidade pessoal e profissional, consolidando-se em um espaço plural de múltiplas relações sociais em um determinado campo que se estrutura nas relações dinâmicas. Envolve instituições, atores sociais distintos, que se relacionam e se posicionam em função do reconhecimento de si.

O médico na sociedade contemporânea ocupa um lugar hierárquico superior como detentor de recursos e poderes, com os melhores salários no campo da saúde e alto poder aquisitivo. Detém, portanto, o capital econômico que, segundo Bourdieu (2007), diz respeito a recursos e poderes. Do capital cultural também é possuidor: saberes e conhecimentos reconhecidos por diplomas e títulos de doutor. Possui também o capital social que veicula pelas relações sociais que se transformam facilmente em produto (exames, medicamentos). Por fim, detém o capital simbólico verificados por posição de honra e prestígio social. O conjunto desses capitais cria

uma disposição cultural denominada por Bourdieu de *habitus*, nesse caso, teríamos o *habitus* médico.

Há uma clara necessidade de formação de profissionais aptos para lidar com a problemática da violência e com competências no SUS. Com o declínio da instituição familiar, um fenômeno recente em termos profissionais é a terceirização de cuidados e saberes (pediatras, psicólogos, psiquiatras), fenômeno que também pode ser percebido no comportamento dos estudantes que esperam que os professores e as instituições atendam a todas as suas demandas.

O campo da saúde será utilizado aqui, neste tópico, para exemplificar como esse cenário tem sido um palco para que violências silenciosas sejam encenadas tendo como protagonistas tanto profissionais, como pacientes. A complexidade das situações que ali se desenvolvem, em especial em relação ao atendimento às vítimas de violência, requer atenção em parceria da saúde pública com outros setores como jurídico, educacional, segurança, assistência social. Há que se considerar também o quanto exige habilidades e competências específicas dos profissionais.

Na atualidade cuidar de pessoas é por si um grande desafio: as relações humanas estão marcadas por intolerância que afrouxam e impossibilitam cada vez mais os laços sociais. Cuidar de pessoas vítimas de violência é um desafio ainda maior: muitas vezes são casos graves, que exigem a utilização de tecnologias leves e duras e habilidades éticas que podem afetar demasiadamente o profissional que terá que lidar com seus próprios sentimentos de revolta e sofrimento.

Os profissionais na área pública estão sujeitos a extensas jornadas de trabalho, trocas de locais de trabalho em curto período de tempo, má remuneração, cansaço físico, esgotamento mental. Além disso, são submetidos a péssimas condições de trabalho, ambientes insalubres, superlotação de pacientes, equipes reduzidas ao mínimo de recursos humanos, escassez de recursos, insumos e equipamentos sucateados, além da falta de material básico. “Tentam criar o possível e o impossível em um cenário em que podem até ser responsabilizados por erro médico, má conduta e negligência, quando é o próprio serviço que não lhes dá o apoio necessário para trabalhar adequadamente” (DESLANDES; PESCE, 2009, p. 292). Na psicodinâmica do trabalho esse processo é denominado de “pressão para trabalhar mal” (DEJOURS, 1986, p 32). Sabe-se o que deve ser feito e como fazer, reconhecendo em si competência para tal, o trabalhador vê-se impossibilitado de desenvolver bem suas

tarefas porque lhe falta condições externas (recursos ambientais, materiais, humanos) que lhe permitam isso.

Além do número elevado de vítimas de violência, as emergências estão sempre superlotadas devido ao fato dos usuários de saúde procurarem por esses serviços por necessidade ou porque desacreditam da eficácia da atenção básica. Mas, ainda, porque, de fato, houve falhas no atendimento de suas demandas em níveis anteriores de atenção ou pela inexistência deles. Resultado: aumento acentuado de demandas, taxas elevadíssimas de exigências e sobrecarga do profissional, pouco tempo para atender com qualidade. Os atendimentos tornam-se impessoais, rápidos, quase que instantâneos, desfavoráveis à clínica ampliada e acolhimento adequado e qualificado. Nos casos de violência, que exigem esse nível de atenção todo o processo é, então, prejudicado.

Observa-se, não raramente, que as próprias unidades hospitalares enfrentam dificuldades no fluxo da comunicação, trâmite dos processos e articulação dos setores internos. Assim, como consequência, o volume de atendimento nas portas de entrada é grande e maior ainda na saída: a rotatividade desejável no interior dos hospitais gerais de emergência fica comprometida, ocasionando aumento nas filas de espera.

O profissional é, na maior parte das vezes, culpabilizado injustamente por essa realidade, mas que, no entanto, lhe é imposta pela gestão que, por sua vez, não lhe oferece canais de escuta, impõe procedimentos, condutas e rotinas, sem consultar os profissionais:

> Muitos se ressentem porque nem sempre a ordem institucional monitora adequadamente os desempenhos dos profissionais, premiando ou punindo indevidamente, não empregando critérios claros, justos, e equitativos para avaliar o trabalho realizado nos diferentes setores da unidade. A “falta de esperança de reconhecimento” é outra condição apontada como responsável pelo sofrimento dos profissionais (DESLANDES; PESCE, 2009, p. 293).

Resultado para os profissionais: sofrimento, desgaste, adoecimento físico, psíquico, mental, prejuízos à saúde. Para se defender dessas densas e difíceis realidades, eles lançam mão de mecanismos de defesa para lidar com tudo isso afetando-se menos. Alguns deles já bastante conhecidos são a conduta impessoal, indiferença, banalização e naturalização do sofrimento alheio, frieza e falta de empatia, despersonalização do paciente, comunicação rudimentar e, por vezes, grosseira.

Por sua vez, o usuário também paga essa conta e chega aos serviços já bastante defensivo, desacreditado e, porque não dizer, violento no agir e no falar:

> Os usuários, mesmo em situação grave, nem sempre são informados, acolhidos e atendidos com dignidade. Muitos nem sequer conseguem ser atendidos diante da alegação de que falta este ou aquele especialista, que determinado aparelho está quebrado, ou que o centro cirúrgico não está em condições adequadas. Vão batendo de porta em porta, o que gera inegável sofrimento e ansiedade (DESLANDES; PESCE, 2009, p. 293-4).

Isso gera desgaste dos pacientes e famílias. Concentram raiva e indignação na figura de um profissional. Alguns dos principais motivos de conflitos e mesmo de violências por parte de pacientes e familiares em relação aos profissionais foram descritos por Deslandes (2002), Deslandes; Pesce (2009):

(1) O paciente espera muitas horas pelo atendimento, às vezes vindo de verdadeira peregrinação de outros serviços;

(2) O familiar quer que seu parente seja atendido prontamente por ser “especial” – funcionários do próprio hospital, policiais, políticos e mesmo os bandidos da comunidade se destacam nesse tipo de exigência;

(3) O paciente acha que o atendimento foi feito com descaso, depois de ter tido tantas dificuldades para conseguir ser atendido;

(4) Familiar em situação de estresse pela iminência de morte de parente ameaça a equipe.

Nesse complexo jogo relacional, veem-se os traços indeléveis da cultura da violência a que todos os cidadãos estão submersos e submetidos. O usuário, por um lado, além da vitimização pelo ato que o fez procurar pelo serviço, não encontra acolhida e tratamento que previu, sendo invadido pela angústia transbordante diante do sentimento inevitável de desamparo que aflora em momentos de dor, sofrimento e iminência de morte. Por outro, está o profissional que também é violentado pelo sistema perverso que, paradoxalmente, o empodera e o destitui do lugar de ser sujeito de seu próprio trabalho, subjugando-o a condições completamente desfavoráveis, nas quais a promoção da saúde, cuidado e atenção são inviáveis.

O sofrimento do profissional pode também ser reconhecido, como destaca Deslandes; Pesce (2009):

> Precisa estar capacitado para atender aos desafios técnicos de salvar e cuidar de pessoas que sofrem o poder destruidor da violência. Necessita também de apoio emocional para trocar experiências e aliviar as angústias que esse tipo de atendimento por parte da gestão daquela unidade de saúde para fortalecer mecanismos de diálogo e de humanização de atendimento, evitando os embates violentos de que são alvos (p. 295).

Ambos são vítimas de violência, mas nem sempre essas realidades e formas violentas (que violam direitos e impõem vivências e experiências danosas) são vistas como violência, não sendo visibilizadas, problematizadas e, por isso, tendem a se perpetuar. Tornam-se naturais e passam a ser banalizadas. Esses fenômenos tipicamente de violência silenciosa demonstram a pertinência no conceito abordado neste capítulo e que servirá de base para as análises do material de pesquisa.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1. TIPO DA PESQUISA: QUALITATIVA E EXPLORATÓRIA

A natureza metodológica qualitativa e exploratória, escolhida para a construção desta tese de doutoramento, possibilitou a compreensão mais clara do que se passa com os acadêmicos de medicina ao longo de sua formação. Examinou como eles percebem o sentido de suas vidas dentro do contexto sócio-histórico mutante, o seu desenvolvimento nesse período peculiar, bem como a valorização das produções discursivas e as experiências de bem-estar / mal-estar que emergem no coletivo.

Baseou-se em alguns pressupostos que colaboraram com o processo de pesquisa: compromisso do pesquisador, reconhecimento da relevância da interação entre este e seu objeto de pesquisa que aboliu toda crença em uma possível neutralidade, reflexividade e conscientização a respeito da influência de determinados elementos presentes nessa interação. Os detalhes do contexto e as características pessoais dos atores ali envolvidos foram especialmente importantes.

A interpretação qualitativa do material é um desafio para os pesquisadores da área da saúde. Trazendo consigo preconceitos sobre esta forma de tratamento dos dados, sua tarefa inicial é desimpregnar-se de suas próprias crenças sobre o que seja uma ciência verdadeira. Para evitar cair neste engodo, três obstáculos se colocam (MINAYO, 2008): a ilusão da transparência – denominação dada por Bourdieu (1983) –, fidedignidade à compreensão do material, junção e síntese deste com o referencial teórico. A autora oferece algumas contribuições para contorná-los: primeiro, o pesquisador necessita abandonar perspectivas ingênuas para lidar com a realidade da pesquisa no campo social, deixar de acreditar que a realidade se apresenta como é de forma nítida ao observador, para que possa ter condições de buscar identificar à lógica subjacente à dinâmica do grupo, às contradições, às tensões e aos conflitos; segundo, necessita estar aberto ao que encontrar e manter-se fiel ao relato, mesmo que ele pareça incoerente, resistindo ao ímpeto de abandonar as dinâmicas vivas e complexas que emergem dos contextos sociais.

O terceiro obstáculo é destacado porque talvez seja o mais desafiador, já que envolve a superação de uma visão de dados estáticos e estanques para uma dimensão dinâmica e contextual, ou seja, a dicotomia entre os planos teóricos e práticos, pautados em algumas possíveis saídas: a) superação de incertezas: respondendo às perguntas colocadas (buscou-se elucidar questões referentes à ambivalência bem-estar/mal-estar); b) enriquecimento de leituras: compreensão dos significados, ultrapassando o olhar imediato (apreensão teórica e metodológica da educação médica, dos principais conceitos abordados no trabalho e a compreensão das instituições de formação, na perspectiva histórica e contextual); c) integração das descobertas: lógicas internas subjacentes às falas (o ponto de vista dos estudantes pelas narrativas tomadas dos PRs e entendidas como escritas de si).

A pesquisa qualitativa e exploratória foi uma forma particular de olhar para a realidade em sua magnitude e concretude, destacando a relevância dos indicadores subjetivos que a integram. O foco de estudo foi o processo vivenciado pelos sujeitos para a produção de conhecimentos potencialmente capazes de elucidar questões referentes às necessidades de compreensão em profundidade de alguns fenômenos empíricos. O quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo permitiu a construção da realidade da pesquisa e a decifração dos significados enquanto eles aconteciam. Para alcançar esse intento, agregou métodos e instrumentos diferenciados de coleta de dados: observação participante e narrativas obtidas em PRs como escritas de si. E como método de análise, a Teoria da Comunicação de Boudon (2004).

O estudo em questão apresentou, na introdução deste trabalho, alguns achados de pesquisas de natureza quantitativa que têm demonstrado a prevalência de doenças mentais e sintomatologias entre estudantes de medicina. No entanto, este trabalho ocupou-se de levantar respostas para outras dimensões anteriores ao surgimento de doenças que pudessem ser relevantes para a produção de saúde, durante a formação: somente estes alunos são expostos a pressões durante a graduação? O que lhes diferencia dos demais? O que pode contribuir mais com o bem-estar do que com o mal-estar? O que representam para os estudantes as alterações/transformações de vida exigidas pela entrada no curso? Qual o significado subjetivo dessas realidades? Como esses atores lidam com tais exigências? Quais os objetivos e metas para se tornar médico que são capazes de fazê-los persistir mesmo em condições, por vezes, desfavoráveis? Se as pesquisas quantitativas em torno das doenças são relevantes para identificar fatores psicopatológicos, explorar a mesma

problemática por uma perspectiva qualitativa pode favorecer a compreensão do sofrimento e identificar caminhos para minimizá-lo, tomando como ponto de partida os significados sociais e subjetivos a ele relacionados.

Um caminho para analisar as relações e interações, singulares e particulares, em um contexto concreto, não mensurável, não controlável em suas variáveis, é oferecido pelo viés qualitativo que compreende o campo de pesquisa (como se fosse minado), repleto de diferenças, semelhanças, contradições e tensões que foram consideradas por revelar a riqueza que lhe era inerente. Minayo (2008, p. 57) considera que "as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos". A autora considera que na área da saúde, os aspectos qualitativos associados com uma abordagem compreensiva, evitou generalizações e possibilitou inferências relevantes acerca do objeto estudado.

Enfim, foi útil para atender ao objetivo de conhecer o contexto em que fenômenos estudados aconteciam, através da observação dos vários elementos que ali concomitantemente se apresentavam, e que ofereceram detalhes sobre o grupo, os eventos e o contexto. Permitiu a captura, a um só tempo, uma visão ética e êmica[53]. A perspectiva de profundidade permitiu a compreensão sobre a vida dos estudantes em seu cotidiano, a forma como viviam e se relacionavam, captou aspectos verbais e não verbais, transitou no universo simbólico e lidou com questões que não puderam ser previstas, apesar do planejamento prévio que antecedeu à pesquisa.

3.2. CAMPO DA PESQUISA E PÚBLICO ALVO

A pesquisa foi desenvolvida em dois campos distintos, designados como F1 e F2 que passam a ser aqui brevemente descritos, de acordo com os dados obtidos à época. F1 era uma faculdade isolada, localizada no interior do estado do Rio de Janeiro, único curso naquela cidade, com oferta de 96 vagas anuais. Mantinha um

[53] Victoria; Knauth; Hassen (2000), assim apresentam a definição e relação desses termos: "Para distinguir o modo de conhecimento do observador estranho, que é distinto do modo de conhecer do grupo pesquisado, são utilizados dois termos linguísticos fonético e fonêmico, eliminando o prefixo 'fon'. Assim, *ético* é o conhecimento do observador, expresso em conceitos abstratos e gerais pertencentes a categorias teóricas. *Êmico*, pelo contrário, é o conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento" (p. 37 – grifos das autoras).

currículo tradicional que se caracterizava pela priorização de conteúdos biomédicos, metodologias que colocavam a centralidade do processo de ensino aprendizagem na figura do professor e não no aluno. Além do curso de Medicina, mantinha também um curso de graduação na área da saúde e vários de pós-graduação *latu senso*. Era mantida por um órgão filantrópico.

Por sua vez, F2, surgiu em meio às transformações propostas pelas novas DCNs de 2014 que, como esmiuçado no Capítulo 1, foi um dos marcos de importância nas reformulações da educação médica no Brasil. Uma de suas obrigatoriedades, diz respeito aos prazos de implantação das Diretrizes, o que levou que o Curso em F2 implementasse seu PPC já de acordo com as novas exigências: inserir o aluno desde o primeiro período nos cenários comunitários de prática da atenção básica. Isso tem produzido efeitos significativos na dinâmica de aprendizagem do estudante com a utilização de metodologias inovadoras centradas no aluno, no seu desenvolvimento como pessoa e profissional. F2 ofertava pouco mais de 100 vagas anuais por meio de uma matriz híbrida (mantinha um currículo tradicional mesclado com métodos ativos). O curso de medicina era mais um entre vinte graduações oferecidas, presenciais e à distância, em um centro universitário também localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro, com oferta também de pós-graduação em diferentes áreas de conhecimento (exatas, humanas, sociais e da saúde).

Apesar das diferenças substanciais entre os dois campos, poucas altercações foram encontradas em relação ao perfil dos estudantes, público alvo da tese. Em sua maioria, jovens entre 18 a 25 anos, advindos de outras cidades de diferentes regiões do país, realidade muito comum no contexto brasileiro. Em F1, manteve-se contato com alunos de todos os períodos, inclusive do internato, enquanto que em F2 somente do primeiro ano. A comparação entre os campos não foi realizada, tendo em vista que os alunos de F2 estavam iniciando sua jornada acadêmica, enquanto que os de F1 eram tanto iniciantes, quanto aqueles que já estavam no internato, tornando possível a observação participante e análise do sofrimento e sua superação no percurso de formação.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Em relação à observância dos aspectos éticos, todas as medidas protetivas em relação ao sigilo das informações recolhidas foram tomadas: omitiu-se ou modificaram-se nomes, locais, algumas datas e outros dados que pudessem incorrer na quebra de confidencialidade. Todos os cuidados requeridos pelas pesquisas que envolvem seres humanos vigentes no país e também ao *ethos* dos sujeitos observados, suas regras e códigos de conduta também puderam ser contemplados por formas criteriosas de trabalhar com os dados. Sobre as anotações de campo, a análise de documentos, a observação das situações, enquanto ferramentas de trabalho, também se submeteram a este crivo. Recursos eletrônicos e informáticos proporcionados pela tecnologia foram utilizados nessa etapa de registro e contaram com armazenamento por senha.

Reiterando o que foi afirmado na Introdução deste trabalho, ambas as instituições consentiram formalmente com a pesquisa através de assinatura do TCLE, bem como os alunos que cederam seus portfólios reflexivos. Foram elaborados de acordo com os padrões requeridos pelo CEP/CONEP, que autorizou a pesquisa sob o Nº 1.421.967/2015.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1. Observação Participante (OP)

A concepção de observação participante (OP) neste trabalho foi baseada nos estudos de Malinowsky (1984/1922), Minayo (2007; 2008) e Halpern (2013). Foi escolhido por permitir a inclusão do pesquisador, como integrante das práticas, representações, vivências e expressões, por meio da inserção científica no contexto, possibilitando a proximidade com a realidade que compõe sua investigação; as irrupções mais constantes no cotidiano do grupo possibilitaram uma compreensão mais ampliada e a decifração do universo simbólico e imaginário – vocabulário, símbolos, costumes e crenças válidas e coerentes, que encontram correspondência no funcionamento do próprio grupo.

Tal como no estudo de Halpern (2013), o duplo estatuto da pesquisadora, pessoal e profissional, exigiu um “posicionamento de estranhamento” permanente. Em suas palavras: “Embora este mundo social tenha sido familiar, tal familiaridade precisa ser compreendida como aparente, requerendo um trabalho de autoconsciência para proceder à objetivação de seus elementos fundamentais” (p. 41). O familiar precisou ser trabalhado como estranho e o estranho, como familiar.

Para Malinowski (1984/1922), “toda a estrutura de uma sociedade encontra-se incorporada no mais evasivo de todos os materiais: o ser humano” (p. 40). Ao integrar o grupo e ter acesso à sua realidade particular, o pesquisador tem o privilégio de participar da vivência dos sujeitos no próprio lugar em que acontece o evento e pode contextualizá-lo enquanto fenômeno, o que contribui para um melhor entendimento do objeto de estudo. Aproxima-se do sentido que lhe foi conferido por Lapassade (2001), como complemento ao contexto de uma investigação-ação-reflexão.

A inserção da pesquisadora nesta área permitiu não apenas a decisão pela construção do estudo, como também a escolha do método. Seu papel como tal permitiu a obtenção da visão de conjunto do objeto de estudo e a operacionalização da pesquisa, contou com o auxílio de documentos e observação da vida cotidiana. Neste sentido, em F1, o acesso ao livro de registro das atividades diárias, aquelas utilizadas nas aulas de ciências humanas, bem como o convívio com o trabalho de equipe possibilitou a coleta de um rico material, sua posterior, sistematização, organização, análise e discussão dos dados.

Considerado como parte essencial de uma pesquisa qualitativa, a observação participante serviu como estratégia de investigação e metodologia de trabalho em campo para compreender a realidade dos estudantes em função do contexto e das exigências que lhe sobrevém. Como estratégia, um processo crítico e reflexivo pode ser estabelecido e tecido pelo olhar da pesquisadora que articulou a situação social face a face com o que observou ao ser inserida e fazer parte do contexto, a ponto de colocar-se no lugar daqueles componentes, transformando aquelas práticas e sendo transformada por elas (MINAYO, 2008).

Das quatro situações teoricamente possíveis da realização da OP – Participante Total, Participante-como-Observador, o Observador-como-Participante, e o Observador-Total – optou-se pela situação do Observador como Participante Total pela inserção da autora naqueles campos. Assim, foi compreendido como um “nativo”

no grupo por apresentar o maior nível possível de identificação, uma aproximação ideal para desenvolver o que se denomina pesquisa participante (MINAYO, 2008).

“Imponderáveis da vida real” é a expressão utilizada por Malinowski (1978 apud MINAYO, 2008, p. 276) para se referir a uma série de fenômenos de importância que só podem ser observados nas vivências cotidianas no momento em que os eventos acontecem e que não há como serem alcançados ou estudados por métodos quantitativos ou por formas de perguntas de um pesquisador externo. É o olhar instigado do observador-pesquisador que lhe fará existir em forma de conhecimento. Imerso naquela realidade, a OP baseou-se em referenciais teóricos para dar sustentação à investigação, para conciliar o respeito à lógica e à cultura próprias do grupo com a sua insistente perscrutação de conhecimentos teóricos que foram suas balizas. Treinamento teórico e familiaridade com o campo tornou-se, portanto, a associação fundamental para a pesquisa de campo.

A verificação da organização para construção da “anatomia da cultura”, a seleção da documentação concreta e a possibilidade da observação dos imponderáveis da vida real otimizou a pesquisa, já que a OP não pode ser redutível a uma rigidez na coleta dos dados, nem necessita de testagem de hipóteses a priori, além de ser favorável à combinação e associação com outros métodos, neste caso, com a análise das narrativas (FLICK, 2009).

Fluidez e flexibilidade foram duas características fundamentais incorporadas para compreender os aspectos que fluíram na medida da convivência do pesquisador com o grupo, possibilitando “vincular os fatos a suas representações e a desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo” (MINAYO, 2008, p. 286). Outras características do método também foram importantes: o relacionamento multilateral em uma situação natural envolvendo habilidades da autora para manejar situações, explorar o campo e conhecer as pessoas e a dinâmica do grupo. O conhecimento das teias relacionais que marcavam uma hierarquia imaginária de poder e a estrutura social local também foi propiciado, além do estabelecimento de uma interação com o universo pesquisado, utilização de todos os sentidos para ouvir, escutar, ver, perceber os dados fundamentais, manutenção de uma rotina de trabalho; atitude crítica e reflexiva permanente para captar e intervir sobre os seus próprios erros e tirar proveito deles para compreender recusas, desacertos e silêncios durante a pesquisa. Tal proximidade permitiu-lhe efetuar interpretações muito próximas daquele universo partilhado pelos atores

sociais, participar das relações ali estabelecidas para, posteriormente, buscar compreender esse contexto e a situação observada de uma forma privilegiada pela apreensão de significados que emanavam do próprio ambiente.

A compreensão da vida social como dinâmica e mutável foi essencial para o desenvolvimento da OP, permitindo alcançar a compreensão do que aquelas vivências do cotidiano significavam para o grupo e a riqueza de códigos emissores e receptores de comunicação, tornando possível uma apreensão do *habitus* ali desenvolvido (BOURDIEU, 1978), que orientava o comportamento de seus membros, o modo como percebiam o mundo e organizavam suas ações em sociedade. Um grau de subjetividade e direcionamento intencional sempre esteve presente na investigação, à medida que as cenas observadas, as fontes escritas ou documentais, também estavam marcadas por essa dimensão.

As vantagens da OP foram: integração do observador à sua observação; unificação teórica e prática; promoção da transformação do universo pesquisado; formulação de conhecimentos a partir daquela realidade concreta; convivência com incertezas, desconcertos, ambiguidades, contradições, conflitos e tensões como parte daquele universo peculiar, que trouxeram informações consistentes sobre sua complexidade. Mais que descrever essa cena foi possível a identificação dos sentidos, a orientação e a dinâmica de cada momento ou situação observada.

3.4.2. Portfólios Reflexivos (PRs)

Um norteamento importante da pesquisa foi a decisão de coletar e analisar PRs, uma vez que apresentam um recorte da biografia dos jovens, por eles escolhida, marcada após a entrada no curso de medicina. Este percurso teve uma etapa inicial de um período de duração variável entre os estudantes (para alguns muito curto com uma única tentativa de vestibular, para outros uma espera e luta de alguns anos e, para outros ainda, o retorno à vida estudantil depois de já ter uma vida profissional estabilizada, porém sem realização pessoal).

PRs configuram-se como um compilado de experiências produzido por alunos ao longo de um período pré-determinado, de forma a retratar o aprendizado por ele construído. É um tipo de metodologia ativa de aprendizagem e avaliação caracterizadas pelo protagonismo e autonomia, conferido ao autor sobre sua produção. Por meio de alguns critérios e norteamentos pré-estabelecidos, os PRs

permitem a escolha de elementos e materiais para sua composição, bem como a exploração de questões e temas correlacionados. Propõe a crítica e a reflexão permanente sobre as realidades, tendo como pressuposto fundamental a associação entre teorias e práticas.

Como será descrito no próximo capítulo, a elaboração dos PRs ocorreu em dois semestres consecutivos no componente curricular de Psicologia Médica I e Psicologia Médica II, no primeiro e segundo períodos do curso, respectivamente, sendo dois elaborados a cada semestre, totalizando quatro PRs por estudante ao final de 12 meses. A experiência realizada nos anos de 2015 e 2016 gerou ao todo 760 trabalhos recolhidos.

A escolha dos portfólios foi direcionada por alguns critérios de inclusão: (1) aqueles que produziram os quatro PRs propostos; (2) os que cumpriram todas as etapas pré-estabelecidas em cada portfólio; (3) permissão do uso de dados por assinatura de TCLE. Como critérios de não inclusão, foram parâmetros: (1) os que, por razões diversas, não produziram os quatro PRs; (2) PRs incompletos; (3) de alunos que não consentiram com a pesquisa. Ao final, 63 estudantes apresentavam a composição requerida para a análise qualitativa dos portfólios, totalizando 252 trabalhos. Os PRs foram numerados de 100 a 163, seguidos da indicação PR1, PR2, PR3 ou PR4.

PRs têm uma característica de uma escrita livre. Isso poderia ser um problema para alguns tipos de pesquisa, mas atendeu prontamente aos objetivos deste estudo que, abolida qualquer utopia em relação a pretensos ideais de neutralidade, visou fornecer uma face identificatória para os estudantes, uma possibilidade de expressão aos seus sentimentos e representações:

> Expurgar a pesquisa de todas essas ‘fontes de viés' significa expurgar a pesquisa da vida humana’. O verdadeiro objetivo dos sociólogos da história de vida, ou do historiador oral, deve ser revelar as fontes de viés, mais do que pretender que elas possam ser eliminadas, por exemplo, com ‘um pesquisador sem um rosto que exprima sentimentos (THOMPSON, 1992, p. 158).

O portfólio reflexivo, ao ser introduzido na vida do estudante no primeiro período do curso, para alguns deles, coincidiu com sua entrada na faculdade, com o início de uma vida acadêmica, universitária inteiramente nova, em que passou a estar submetido a uma série de exigências, que lhes consumia tempo e abdicação da rotina

de vida que tinha antes do seu ingresso. A construção do PR era, assim, um convite a nomear o que parecia inominável e imensurável:

> Todo rito de passagem significa uma mudança de atitude em nossas mentes: ao ler, preciso entender rapidamente cada frase, pelos menos seu sentido literal, e só depois de entendê-la sinto-me pronto para pronunciar um julgamento: o que li é verdadeiro ou falso, certo ou errado, agradável ou desagradável. Na minha vida cotidiana, ao contrário, são inúmeras as circunstâncias que escapam à minha compreensão, desde as mais gerais às mais simples e triviais: vejo-me frequentemente diante de situações sobre as quais não posso dar opinião, e prefiro não emitir julgamento. Enquanto espero que o mundo *não-escrito* se torne mais claro, sempre há uma *página escrita* aberta diante de mim, onde posso voltar a mergulhar (CALVINO, 2006, 141 – grifos do autor).

A escrita produz um registro diferente do oral, mais duradouro e controlável, mas igualmente rico e prenhe de simbolismo, por se configurar como uma forma de linguagem feita e expressa por palavras com suas próprias técnicas e estratégias, ainda que o mundo que representa seja irredutível a palavras. O mundo que se apresenta para o leitor como realidade concreta já foi previamente definido, lido, catalogado e rotulado uma vez que compõem um universo cultural que é pré-existente ao homem (CALVINO, 2006):

> Ler não é tanto um exercício ótico, e sim um processo que envolve mente e olhos, um processo de abstração, ou melhor, é extrair o concreto de operações abstratas, como identificar sinais característicos, reduzir tudo que vemos a elementos mínimos, reuni-los em segmentos significativos, descobrir ao nosso redor regularidades, diferenças, repetições, exceções, substituições, redundâncias (p. 145).

Embora as narrativas dos portfólios se deem pela forma escrita e não oral, os princípios do resgate da história de vida, enquanto coleta / extração / levantamento de dados, é útil a esse trabalho pela forma como concebe os relatos das experiências vivenciadas na formação em medicina. Estas tomadas como “matéria prima” e evidências que manifestam a natureza criativa e cooperativa nelas embutidas (THOMPSON, 1992, p. 25). As narrativas contidas nos PRs têm características locais, temporais e situacionais (FLICK, 2009), ou seja, representam um lugar no espaço de onde os sujeitos enunciam (formação em medicina); esses enunciados inscrevem-se em um tempo e refletem uma situação (aprendizado de ciências humanas aplicadas às ciências médicas), circunstâncias ou momento de vida da história de vida de um sujeito ou de vários deles (entrada e primeiro ano do curso). Assim, as narrativas

representaram a passagem dos sujeitos da preparação e submissão a exames de vestibular ao acesso ao curso, ganhando o estatuto de acadêmicos de medicina. Esse espaço de formação no ensino superior encontra, atualmente, um contexto em que a educação médica passa por uma série de exigências de transformação. Isso tem reflexos nos alunos: as situações que eles vivenciavam e os desafios que enfrentavam cotidianamente na construção da identidade médica puderam ser captados pelos PRs.

Portanto, ao produzir um PR, o aluno falava de um lugar denominado por Foucault (1970/2004) de “enunciado” (p. 15), que se caracterizava exatamente por fazer parte de um domínio, ou seja, ele nunca se encontrava desarticulado. Ao contrário, só podia existir em função de sua associação à sua própria multiplicidade. Daí sua materialidade, pois, uma vez posto em circulação, em uma dada ordem institucional, tornava-se localizável, através de uma frase do cotidiano, uma escuta ou qualquer outro tipo de expressão que determinava sua função enunciativa.

Na prática médica, lida-se, cotidianamente, com narrativas por meio de prontuários escritos, escuta dos pacientes que relatam seus sintomas e mal-estar, padronização de anamneses, construção casos clínicos para discussões com propósitos de ensino-aprendizagem e por meio de material informativo com fins de prevenção. Grossman e Cardoso (2014) afirmam que “médicos escutam e escrevem, fazem leituras de sinais e de métodos complementares em seu cotidiano de trabalho. Habitam o universo da palavra oral, da palavra escrita e das imagens” (p. 32).

Os avanços biotecnológicos minimizaram (e em algumas práticas invalidaram) a tradição médica de buscar pequenas pistas por meio dos sinais emitidos pelos pacientes em suas narrativas, ricas em detalhes particulares, por vezes determinantes de sua condição de adoecimento. Resgatar essa dimensão do cuidado tem colocado o trabalho com narrativas em uma posição de destaque e prioridade na educação médica, uma vez que colabora com o desenvolvimento de competências comunicacionais: “Ouvir e contar histórias, reconhecer sinais e sintomas, enxergar além das aparências, fazer perguntas e entender o significado de tudo o que foi recolhido no encontro com o paciente são ações do cotidiano do médico” (GROSSMAN; CARDOSO, 2014, p. 33).

A elaboração de PRs possibilitava assim que o estudante desenvolvesse este tipo de competência em uma dupla perspectiva. Por um lado, ele era convidado a ser um narrador de sua história, vivências como estudante, de como construía seus conhecimentos e assumia responsabilidades pelo seu próprio aprendizado. Por outro,

ele também era convidado a desenvolver um esforço empático de se colocar no lugar dessa pessoa que enuncia e que remete seu discurso ao outro, tal como ocorre no encontro médico-paciente. Na relação professor-aluno, ele podia encontrar a escuta que precisava ou não, mas nos conteúdos de psicologia médica essa realidade era problematizada: em que medida as relações estabelecidas com o professor / médico tenderiam a ser reproduzidas com os pacientes?

"O ato de narrar é, na realidade, um movimento do presente para o passado no qual a descrição de ações e acontecimentos torna possível refletir sobre si mesmo para se auto compreender e se explicar" (GROSSMAN; CARDOSO, 2006, p. 7). Os relatos dos alunos em PR podiam aumentar ou omitir alguns acontecimentos de forma intencional ou inconsciente e apresentar descontinuidades ou contradições e foram se alterando ao longo do tempo de pesquisa. No entanto, isso não necessariamente invalidava os resultados obtidos. Ao contrário, esses fenômenos enriqueceram o material de análise.

As narrativas foram fundamentais para o trabalho: os relatos que representaram acontecimentos e situações vivenciados pelos estudantes no percurso da formação e, ao contar suas histórias de forma escrita, eles transformaram a situação vivida em linguagem, após escolher, separar, organizar e dar sentido àquilo que pretendiam comunicar. Para Alberti (2004), as narrativas estariam para além do particular, de uma "versão", elas possibilitariam a compreensão de uma dada realidade. Na visão de Flick (2009), a escuta de narrativas seria um método útil para recolher dados de histórias de vida e de situações concretas, por se constituir como uma forma sensível ao ponto de vista dos atores sociais, que informariam voluntariamente sobre suas vidas e como eles estariam vivenciando de forma concreta.

A decisão por esta forma de trabalho, ou seja, da análise de narrativas escritas, reintroduziu a dimensão da história vista pelo próprio sujeito, ou, nas palavras de Burke (2011), resgatou a perspectiva da "história vista de baixo" (p. 13). Este autor a definiu como a preocupação "com as opiniões das pessoas comuns e com sua experiência da mudança social" (p. 15). A expressão foi desenvolvida por historiadores na década de 1960, interessados no resgate da história da humanidade por uma perspectiva diferente da tradicional impregnada da representação de poder, um ponto de vista por outros vieses relativos às mentalidades coletivas e individuais, discursos, linguagens, atividades e diversos outros tipos de evidências. A mudança de

concepção histórica representava a possibilidade de explorar a complexidade dos meandros humanos. Essa abrangência maior levou-lhes a um esforço interdisciplinar, mantendo diálogo com um escopo ampliado de campos científicos – antropologia, psicologia, sociologia, literatura crítica, economia, entre outros: “O movimento da história vista de baixo também reflete uma nova determinação para considerar mais seriamente as opiniões das pessoas comuns sobre seu próprio passado” (BURKE, 2011, p. 16).

Uma pergunta sobre história não encontra uma reposta única, em especial as indagações sobre uma história de vida. Essa forma de abordagem é antiga, o que é novo é o interesse científico que passou a considerar vivências e cotidianos de pessoas comuns, antes considerados como ultrapassados, obsoletos, como problemas históricos, resgatados pelo investigador “à luz de sua própria experiência e de suas próprias reações a essa experiência” (BURKE, 2011, p. 42). Os desafios para olhar para a história sobre este prisma é a fidedignidade à reconstrução das experiências e à seleção das questões, evidências, conceitos e ideologias:

> Não podemos evitar o olhar para o passado de um ponto de vista particular. O relativismo cultural obviamente se aplica tanto a própria escrita da história, quanto a seus chamados objetos. Nossas mentes não refletem diretamente a realidade. Só percebemos o mundo através de uma estrutura de convenções, esquemas e estereótipos, um entrelaçamento que varia de uma cultura para outra (BURKE, 2001, p. 15).

Em decorrência das circunstâncias que envolveram o estudo (campo de pesquisa que abriga a hegemonia do paradigma biomédico), optou-se por problematizar a ideia de experiência, o que representou priorizar o modo como os sujeitos compreendem e se engajam ativamente nas situações vivenciadas no decorrer de suas vidas. Essa maneira particular revela uma realidade não idêntica que se diferencia da dimensão dos conhecimentos sobre a vida, impossibilitando que a experiência seja deduzida de um sistema coerente e ordenado de ideias, símbolos ou representações.

A vida cotidiana constituiu o substrato comum no qual os alunos agiam e compreendiam suas próprias ações e as dos outros alunos, uma realidade repleta de inumeráveis objetos circunscritos e ordenados por uma lógica complexa que interferia nas suas vivências. Acolher a narrativa dessas experiências ofereceu a possibilidade da descoberta de novos sentidos, por meio do estabelecimento de uma relação

dialética entre experiência e reflexão. Sua utilização foi uma estratégia útil e apropriada para uma abordagem crítica e reflexiva sobre uma prática, valorizando a "dimensão subjetiva e social intrínsecas nos processos de educação e saúde" (MAYER et. al., 2014, p. 236).

A concepção de documentos-monumentos também foi útil ao trabalho, pois ela não era uma reapresentação de um passado, nem um dado objetivo, inóxio ou secundário, mas representava uma construção, um produto que retratava relações e interações, bem como seus efeitos sobre um determinado contexto e atores que o compunham. O documento-monumento "permite à memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente, isto é, com pleno conhecimento de causa" (KARNAL et. al., 2004, p. 30). Todo o documento é um monumento ou um texto, e nunca é "puro", isto é, puramente objetivo (LE GOFF, 1990, p. 31). Os PRs puderam também ser concebidos sobre esta ótica.

As narrativas têm se constituído como um terreno fértil e um novo paradigma no campo da pesquisa qualitativa e das pesquisas no campo médico. Neste estudo, elas envolveram o sujeito que enunciava e que tinha sua fala valorizada por um ouvinte atento, o pesquisador, que a tomava e a valorizava como um testemunho verdadeiro. Ao escutá-lo, uma reconstrução dialógica fidedigna aos significados situados e imanentes daquele contexto era produzida e incluía detalhes, práticas sociais e culturais que surgiam reproduzidas ou aprendidas, reveladoras de características próprias dos sujeitos e dos grupos aos quais pertenciam (RIBEIRO et. al., 2001). Nesse sentido, a noção de "significado situado" de Goffman (2001/1964), foi considerada como aquela que se tece, constrói e reproduz em um determinado contexto. Para o autor, pesquisas no campo das ciências humanas devem ter como cenário a situação social e considerar as diferentes vozes dos atores que a compõem, ou seja, dos significados partilhados socialmente, por vezes negligenciados nos estudos que privilegiam as construções dos sujeitos. Em sua concepção, há uma ponte entre a fala dos sujeitos e suas condutas sociais que é desejável que o pesquisador a atravesse. As situações sociais são consideradas por ele como *sui generis* devendo ser analisadas em si mesmas, como "qualquer lugar em que um indivíduo se encontra acessível aos sentidos nus de todos os outros que estão 'presentes', e para quem os outros indivíduos são acessíveis de forma semelhante" (GOFFMAN, 2001/1964, p. 18).

3.4.2.1. A escrita de si

A intenção de Foucault em *As palavras e as coisas* (1999/1966) não era discutir o lugar dos autores nem suas características principais, mas de encontrar as regras pelas quais se formam certo número de conceitos ou de contextos teóricos que se encontravam em seus textos, bem como as condições das práticas discursivas de onde eles enunciavam. Já em *Escrita de Si* (FOUCAULT, 2001/1983), considerou a relação do autor com o seu próprio texto, sendo que este sujeito é anterior e exterior à sua produção textual. Na contemporaneidade tende-se a uma indiferença ética em relação a quem fala e escreve, e quem tem dominado a produção escrita que rejeita a dimensão da interioridade e ofusca o sujeito que escreve. Essa tendência provoca um encobrimento do sujeito que escreve, escondendo as características individuais do escritor e atribuindo à escrita uma conotação de sacrifício:

> O sujeito que escreve despista todos os signos de sua individualidade particular; a marca do escritor não é mais do que a singularidade de sua ausência; é preciso que ele faça o papel do morto no jogo da escrita (FOUCAULT, 2001/1983, p. 269).

Essa dimensão de autoria que revela suas características e que o coloca na cena como protagonista de seu próprio texto é que a produção de PRs visava resgatar: dava-se a palavra ao estudante para que ele produzisse narrativas de sua história de vida, na construção de seu próprio aprendizado, fazendo aparecer a dimensão da subjetividade, que estava se esvanecendo na história.

A escrita sobre suas percepções seria uma pedra de toque reveladora dos pensamentos que ajudaria a extirpar uma sombra interior que supostamente habita todo homem. A escrita de si, então, aludia a uma libertação do eu, a encontrar um companheiro em meio à solidão, uma forma de perscrutar os pensamentos, um treino de si para si mesmo que comportava os silêncios, a escuta do outro de si mesmo, as memorizações, as abstinências, os exames de consciência. Não apenas ler, mas também escrever faziam parte da atividade filosófica como uma forma de conversação consigo mesmo como se estivesse dirigindo-se à outra pessoa, atividades essas que deveriam ser feitas em alternância, uma equilibrando a outra. Ler significaria reler-se e uma forma de guardar o passado dando-lhe um lugar que não o do esquecimento; para não se preocupar com o futuro, as lições do passado deveriam estar presentes. Esse treino meditativo apontava tanto para um trabalho de pensamento quanto para

uma releitura de seus próprios atos, no intuito de alcançar a “elaboração dos discursos recebidos e reconhecidos como verdadeiros em princípios racionais de ação” (FOUCAULT, 2001/1983, p. 6), e que possibilitaria a transformação da verdade em ética.

A escrita de si surgiu como uma forma de dar voz àquilo que está implantado na alma, uma subjetivação do discurso por uma ética explicitamente orientada para o cuidado de si, pois não haveria a possibilidade de estar bem com o outro sem estar bem consigo:

> Trata-se não de buscar o indizível, não de revelar o oculto, não de dizer o não-dito, mas de captar, pelo contrário, o já dito; reunir o que se pôde ouvir ou ler, e isso com uma finalidade que nada mais é que a constituição de si (FOUCAULT, 2001/1983, p. 8).

Há uma verdade a ser considerada no que se escreve e há um valor de uso nas circunstâncias em que se escreveu: sobre esses dois princípios a escrita de si se fundamenta: “O essencial é que ele possa considerar a frase retida como uma sentença verdadeira no que ela afirma, adequada no que prescreve útil de acordo com as circunstâncias em que nos encontramos” (FOUCAULT, 2001/1983, p. 10). A escrita de si seria, portanto, a arte da verdade escrita como treino pessoal feito por si e para si, combinando a autoridade tradicional embutida nos costumes (cultura) com um modo singular de viver na particularidade de cada circunstância. Essa arte retrata um trabalho unificado que compõem um conjunto de escritos, mas que, pelo próprio ato de escrever, também constituem o escritor, conferindo-lhe uma identidade. Os estudos foucaultianos sobre a escrita de si revelam que a narrativa de si é, em última análise, a narrativa da relação consigo mesmo.

Os trabalhos no formato de PRs foram compreendidos nesta tese como “escrita de si”, registros autobiográficos reveladores, por meio de narrativas escritas da experiência de cada estudante ao entrar no curso de medicina, iniciar suas atividades em campos de conhecimentos díspares – por um lado, a psicologia médica para lembrar-lhe que a medicina é também uma ciência humana e da saúde coletiva para inserir-lhe precocemente na comunidade e colocá-lo em contato com as pessoas; por outro, um arsenal de conhecimentos biomédicos de enfoques nas patologias e nas desordens do corpo.

Convites para escrever de si mesmo, de como perceberam as experiências de estar com o outro, de conhecer um domicílio, de pensar a medicina como uma ciência humana e não como patologias, fizeram dos PRs uma construção dinâmica, autoproduzida e envolvida nos entremeios de suas ideias e questionamentos. Toda narrativa sempre era uma elaboração da seleção de fatos e impressões, um exercício dialógico, através do qual o pesquisador obteve dados informativos, identificou problemáticas, levantou fatos desconhecidos, adquiriu novas visões (MARCHIORI, 2013).

Com os avanços em diferentes campos de conhecimento que entrelaçaram sujeito e discurso – como a psicanálise e a linguística – a possibilidade de um novo sujeito se apresentasse, não cartesiano, logo incompleto, descentrado, múltiplo, variável, metaforizado, perpassado por múltiplas identificações e inscrições várias, de filiações diversas. O sujeito pôde assumir, assim, uma posição de autoria de suas próprias singularidades que não se esgotariam ou concluiriam, mas que estariam em pleno movimento visando a exterioridade, um autor que ao descrever a si mesmo como um personagem seria, também, um sujeito narrador que se teceria nos meandros de sua própria escrita.

Gomes (2004) apropriou-se do constructo de Foucault e expandiu o conceito de escrita de si. Realçou as relações do texto com o seu autor: por um lado, postulando que o texto represente o seu autor como uma tentativa de materializar sua própria identidade; por outro, compreendendo que o autor como uma invenção do seu próprio texto. Essa falsa contradição tem sido útil para a compreensão da escrita de si: o autor, como já dito, não é nem anterior nem posterior ao texto: “a escrita de si é, ao mesmo tempo, constitutiva da identidade de seu autor e do texto, que se criam, simultaneamente, através dessa modalidade de ‘produção do eu’” (GOMES, 2004, p. 16). Vale considerar que a escrita de si tomou maiores proporções da era moderna por atender ao anseio do homem por se conhecer, comunicar-se consigo mesmo, obter alívio e prazer no exercício catártico proporcionado pela escrita e, também, sentir-se com maior controle sobre si mesmo.

A vida é um tecido de histórias narradas. A escrita de si tem demonstrando consolidar-se como instrumento metodológico fecundo nas áreas de educação e saúde por delinearem práticas culturais de mundo social que respondem a objetivos de trabalhos científicos não acessível por outros métodos – referem-se ao âmbito privado de pessoas comuns em seu cotidiano: “é justamente nesse espaço privado,

que de alguma forma comporta o público, que avultam em importância as práticas de uma escrita de si" (GOMES, 2004, p. 9). "Se o ato de escrever sobre vidas é muito antigo, a ideia de que a vida é uma história é bem mais recente. E é esse fundamento que está na base do que se considera a escrita biográfica" (GOMES, 2004, p. 11).

Essa autora considera que quando os pesquisadores elaboram e trabalham com a tensão entre as duas dimensões do indivíduo e da sociedade caminham em um terreno de tensão, em que é necessário fazer escolhas próprias de um sujeito ativo e atuante, deixando de ser um objeto nomeado por forças externas, como uma tábula rasa. Com a difusão da escrita de si, novos praticantes passaram a se beneficiar da leitura e da escrita, uma vez que esses registros passaram a ser tratados como uma "estratégia eficaz de aproximação das experiências de vida de um tempo e lugar; como indícios da(s) cultura(s) de uma época e de certa configuração das relações sociais" (GOMES, 2004, p. 21).

Tarefa agradável ao mesmo tempo difícil e complexa trabalhar com a escrita de si, que foge a qualquer tentativa de naturalização do registro; perguntas fundamentais precisam ser respondidas com vistas a compreensão das "importantes relações estabelecidas entre quem escreve, o que escreve, como escreve e o suporte material usado na escrita" (GOMES, 2004, p. 21). As análises podem combinar o que vem do cotidiano com o admirável e extraordinário.

Na escrita de si, o ponto de vista do autor e a sua expressão textual são os elementos que validam o registro de suas memórias:

> O documento não trata de 'dizer o que houve', mas de dizer o que o autor diz que viu, sentiu e experimentou, retrospectivamente, em relação a um acontecimento. Um tipo de discurso que produz uma espécie de 'excesso de sentido do real pelo vivido', pelos detalhes que pode registrar, pelos assuntos que pode revelar e pela linguagem intimista que mobiliza. Algo que pode enfeitiçar o leitor/pesquisador pelo sentimento de veracidade que lhe é constitutivo, e em face do qual certas reflexões se impõem (GOMES, 2004, p. 15).

Esta se faz na primeira pessoa do singular, tal como nos PRs; procura desvelar dimensões individuais da relação da pessoa consigo mesma e de sua relação com os outros e o mundo à sua volta, em uma determinada fase, etapa ou circunstância. No caso dos PRs, o convite para que o estudante relatasse suas vivências e experiências naquele momento singular de entrada do curso, no início de um percurso rumo à construção da identidade médica, sua relação com outros estudantes, com os

professores médicos. “Assim, a autenticidade da escrita de si torna-se inseparável de sua sinceridade e de sua singularidade” (GOMES, 2004, p. 15).

3.5. MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Boudon (1998) desenvolveu este método a partir dos estudos de semiologia da Escola de Paris e dos trabalhos de Peirce (1935 apud Boudon, 1998) que se contrapõem à uma forma de pensar “algorítmica”, em que todas as regras do saber são encadeadas em uma sequência lógica, cumprindo um ordenamento pré-estabelecido, causal. Assim procedendo, o estudioso deixaria de tentar enquadrar diferentes pontos de vista em sistemas pré-definidos. Portanto, Boudon enfatizou a importância do saber heurístico que age por conjectura, que acolhe a presença da contradição entre hipóteses formuladas. À semelhança do método socrático, visto como uma “ciência-arte”, ele começa pela definição do tema, seguido de perguntas, respostas e de outras indagações, até que o tema em pauta seja aclarado.

Durante a análise do material do presente estudo, em um primeiro momento, evitou-se a busca por respostas prontas e se valorizou tanto as coerências como contradições encontradas. Boudon (1998 apud LEITE, 2010) sinalizou que os pontos de vistas ou “verdades”, presentes nas narrativas, podem despontar como “verdades-máscaras”, pois são identificações adquiridas pelos indivíduos na vida em coletividade, fazendo com que muitos deles fornecessem afirmações formuladas por imaginarem que pudessem corresponder ao que o professor esperava ouvir. Com efeito, muitas vezes, as “verdades-máscaras” podiam ajudar a ocultar sentimentos diversos, difíceis de vivenciar, protegendo-os de sensações de fragilidade e vulnerabilidade.

Na primeira fase do uso deste método, a pesquisadora esteve atenta para pinçar pistas dos PRS coletados, do emaranhado dos temas mais gerais, que se destacavam. Para Boudon (1998) essas pistas funcionavam como “especulações modificáveis”, ou seja, surgiam segundo uma lógica afetiva/emocional, subjetiva, podendo ser mais ou menos discordantes entre si. Por isto, não eram fixadas em seu ordenamento linear ou evolutivo. Por meio delas era possível a construção de uma rede de sentidos, onde poderiam ser encontrados pontos de coerência ou de incoerência, sem hierarquia pré-definida, fornecendo um material para apreciação.

Seria preciso esclarecer que não existiam pistas mais ou menos importantes, porquanto todas elas deveriam ser apreciadas para produzir uma primeira análise e formular as primeiras hipóteses. As pistas serviam como ponto de partida para conhecer a subjetividade do indivíduo investigado e para compor uma cartografia do percurso do encontro entre os lados desse território: estudante e pesquisador. Ainda como alertou Boudon (1998): “esta mobilidade na territorialização é fundamental, senão corremos o risco constante de nos fecharmos em um domínio particular do problema, sem poder articular as relações existentes entre essas (pistas) e outras, adjacentes ou distantes” (p. 270 – tradução livre de Ligia Costa Leite).

Boudon (1998) também elucidou que, ao mesmo tempo em que as pistas gerariam redes de análise, elas produziriam encruzilhadas ou impasses, criando novas hipóteses. Estas, a seu turno, aumentariam o surgimento das próprias incertezas quanto aos caminhos que poderiam ser trilhados pelo pesquisador, despertando um desejo íntimo de chegar com presteza e rapidez ao âmago da questão, sentimento comum e bastante compreensível, haja vista a ansiedade natural que todo processo de análise despertaria no estudioso. Neste trajeto, poderia emergir uma categoria que gerasse uma interrogação, um tipo de estranhamento, que seria a abdução:

> (...) uma relação entre protocolos de dedução (aquilo que a semiótica se propõe a desenvolver) e procedimentos indutivos; uns, o saber adquirido, outros, o saber prospectivo (...) o meio termo entre um contexto dado, mas impreciso, e um contexto fabricado com a ajuda de protocolos permitindo, ao mesmo tempo, uma lógica integrativa (BOUDON, 1998, p. 257, 258 – tradução livre de Ligia Costa Leite).

Tal lógica baseava-se em três polos:

> A observação (índices presentes ou pesquisadas), fabulação (hipóteses, onde nem sempre se sabe, mas ‘compartilham de algo’) e experimentação (validação dos índices, recolhidos ou antecipados). A observação pode reenviar tanto a uma experimentação, como a uma fabulação; a experimentação como constatação antecipada depende de tal forma do imaginário, quanto de uma observação já feita, para não ser apenas uma repetição dessa observação (BOUDON, 1998, p. 267 – tradução livre de Ligia Costa Leite).

A respeito do modo de se aplicar a abdução peirceana, Boudon (1998) considerou que, a partir de uma realidade, sentidos seriam deduzidos; representações de mundo seriam criadas; conexões gerais (um contexto a descobrir) seriam

estabelecidas e induzidas a partir dos pequenos índices preliminares, criando um mundo representado (um contexto a fazer). Partia-se do geral para o particular (dedução), e do particular para o geral (indução), e, na interseção destes dois, estaria a abdução, sugerindo um novo elemento a ser introduzido. Este deveria coincidir com uma dedução projetada e uma indução a projetar.

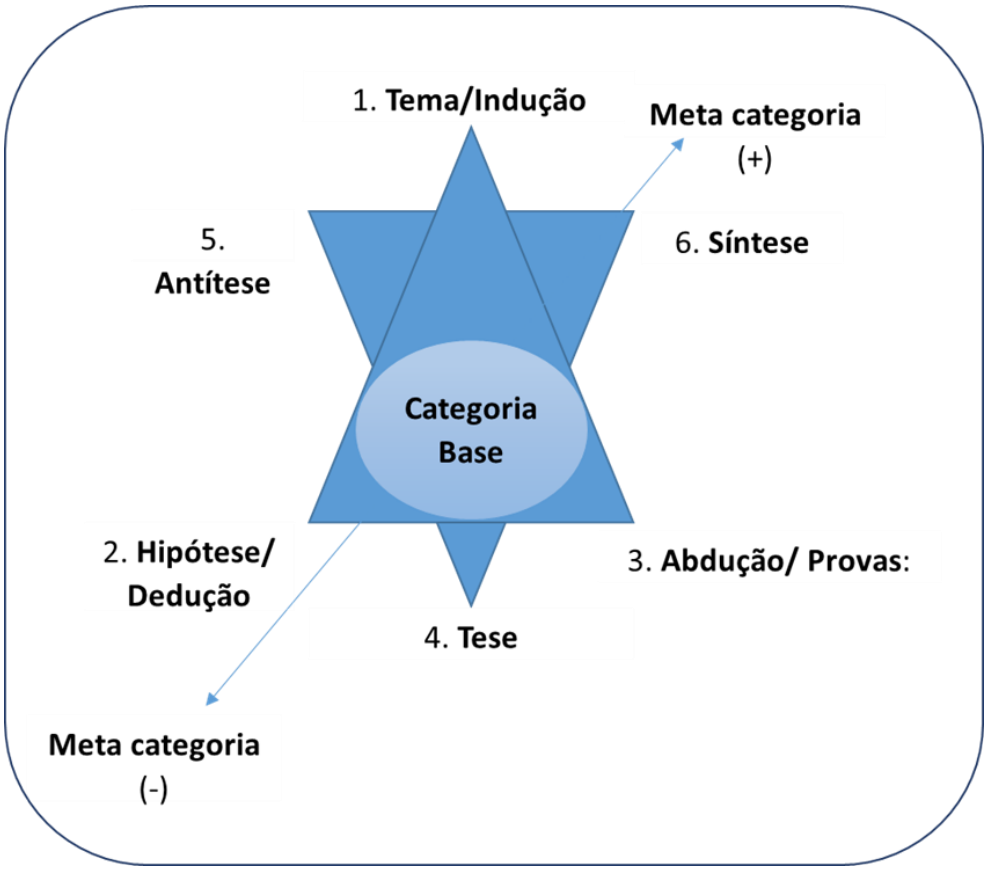
No princípio, partir-se-ia de uma realidade que não seria conhecida totalmente, uma história a se construir, mas que já existiria em cada sujeito, mesmo que algumas partes delas estivessem inconscientemente guardadas. A coleta de narrativas permitiria divisar apenas frações desta história, algumas vezes isoladas, instáveis e que não dariam a coerência necessária para encontrar o ponto central dos impasses vividos, mas que poderiam mostrar um fio condutor para alcançá-lo. Os fragmentos retirados das narrativas, ainda que imprecisos, ajudariam a construir redes de articulações, estas, por sua vez, gerariam outras hipóteses de caráter geral, necessárias à compreensão da subjetividade e da singularidade dos envolvidos no estudo.

A Teoria da Comunicação utilizada nesta tese para a interpretação dos dados possibilitou a abdução de categorias que geraram interrogações e dúvidas com relação às primeiras hipóteses formuladas. Assim, estas, emergindo de forma singular no discurso dos sujeitos, foram analisadas e geraram novas sínteses para o estudo. Boudon (2004, p. 69) criou um diagrama para seu método por ele chamado de *Templum*, ilustrado na Figura Nº 05, cujo modelo-síntese serviu de guia para fazer a análise dos dados. Sua importância está no fato de ele facilitar a visualização e a compreensão para proceder à análise das informações coletadas.

Segundo Boudon (1998; 2000; 2004), tratar-se-ia de um princípio dinâmico e dialético de categorização que implicaria reencontrar a grande variedade de expressões na superfície, pois este caminho explicitaria uma pluralidade de abordagens metodológicas, possibilitando a comunicação dessas através do filtro teórico que ele nomeia como *Templum*, uma ferramenta de representação da diversidade de conteúdos teóricos e de categorias de análise. Desse modo, os conteúdos seriam analisados por uma alternância argumentativa.

O tratamento dos dados, por meio do *Templum*, será desenvolvido no Capítulo 5.

FIGURA Nº 05**:** Figura esquemática do *Templum*, diagrama síntese



FONTE: Leite; Leite; Botelho (2008), Botelho; Moraes; Leite (2015), adaptado de Boudon (1998; 2000; 2004).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

4.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (F1)

Os resultados apresentados neste tópico referem-se às observações realizadas a partir e durante o ingresso no curso de doutorado no IPUB em 2014, com o objetivo de refletir sobre a construção da identidade médica no contexto de F1 por meio da observação participante (OP). O projeto de pesquisa apresentado ao PROPSAM teve por objeto avaliar a saúde mental do estudante de medicina e emergiu da experiência profissional da pesquisadora neste campo. Após início do doutoramento, das disciplinas frequentadas, da orientação recebida e das atividades desenvolvidas em F1, local no qual atuava como psicóloga e professora, houve a possibilidade de transformar essa experiência em conhecimento científico, por meio de sólido embasamento bibliográfico e da garantia de acesso a pessoas e documentos, obtido pela autorização formalizada por meio de assinatura de TCLE institucional[54]. Este documento assinado não foi anexado para manter sigilo em relação à escola; dados, como, por exemplo, nomes de serviços e outros referentes à localização precisa e regime jurídico, também não foram mencionados pelo mesmo motivo.

Vale informar que no percurso do doutorado, houve uma modificação no trajeto da autora, que passou a atuar como docente em F2 e utilizar a metodologia de PR. Deste modo, foram mantidos os objetivos iniciais de avaliar a constituição da identidade médica por alunos. Como os dois campos mantêm diferenças substanciais que serão demonstradas, o estudo comparativo não foi realizado, como mencionado no Capítulo 3.

[54] Os modelos dos TCLEs institucional e individual utilizados na construção deste trabalho encontram-se, respectivamente, nos Anexo 12 e 13.

4.1.1. Descrição do campo e OP em F1

As observações aqui relatadas referem-se ao campo F1, uma faculdade de medicina de currículo tradicional (caracterizado pela matriz baseada em conteúdos biomédicos e, em termos de métodos pouco inovadores, mais centrada na figura do professor que do aluno, localizada no interior do Estado do Rio de Janeiro, único curso médico nesta cidade com 96 vagas anuais. Também ofertava cursos em diferentes áreas de saúde, nos âmbitos de graduação e pós-graduação. A instituição era mantida por um órgão filantrópico, cujas instalações serviram, em épocas anteriores, aos serviços de uma policlínica-maternidade. Em razão disso, havia rumores entre os funcionários mais antigos de que o local à noite era apavorante: fantasmas de crianças e mães, que morreram por intercorrências no parto ou por doenças e agravamentos, vagariam por ali com gemidos e gritos de dor, razão pela qual ninguém era aconselhado a se manter no local no adiantar da noite. O lugar mais temido era o laboratório de anatomia que, supostamente, teria sido construído no espaço das salas de parto.

Há algumas décadas o prédio foi totalmente reformado para receber o curso de medicina que, gradativamente, à medida das necessidades que foram surgindo, foi aumentando e adequando-se às exigências temporais, tecnológicas, científicas e legais. Além desta sede, onde acontecia a maioria das aulas teóricas, a Faculdade contava também com um centro de saúde-escola localizado em um bairro de periferia da cidade, e um hospital-escola em região mais central, subsidiado pelo SUS.

Não aleatoriamente, os laboratórios de anatomia e fisiologia ocupavam o centro do prédio, corroborando a proposta de um currículo tradicional, ou seja, baseado no modelo flexneriano, que colaborou fortemente para difusão e manutenção da racionalidade biomédica, operacionalizado por um método de ensino e de prática médica baseados em “um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais” (CAMARGO Jr, 1998, p. 178), quais sejam: (1) uma morfologia ou anatomia humana;(2) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; (3) um sistema de diagnósticos; (4) um sistema de intervenções terapêuticas; e, (5) uma doutrina médica.

Corresponde à forma de pensar da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados a posteriori em seus mecanismos originais, baseados em três proposições principais: (1) a produção de discursos dirige-

se a uma validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais (caráter generalizante); (2) os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o "Universo" a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos (caráter mecanicista); (3) a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das "leis gerais" do funcionamento da "máquina universal" pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes (caráter analítico) (CAMARGO Jr, 2005).

Apesar dessa estrutura, F1 vinha procurando se adequar a essas transformações em virtude das novas exigências colocadas pela legislação em vigor no país, pelos programas governamentais propostos e políticas de saúde em torno do SUS, cada vez mais estreitando a relação do contexto das práticas com a formação dos profissionais, o que inclui os cursos médicos[55]. Um dos pontos de reformulação que se instalou no final da primeira década do século XXI, foi a proposta de humanização do ensino, incluindo as aulas práticas, o que envolvia também uma intensificação no trabalho de atenção à saúde dos estudantes. É sobre este tópico que se dará mais diretamente as observações.

A inserção da pesquisadora como psicóloga e docente no cenário observado, favoreceu a realização de uma OP do tipo total, considerada adequada quando o pesquisador é tido como um "nativo" no grupo, ou seja, apresenta o maior nível possível de identificação com e a realização de uma "observação integral" (MINAYO, 2008). Em decorrência disto, todos os levantamentos e estudos preliminares sobre as EMs, realizados pela pesquisadora antes de 2014, serviram como base às observações, dada sua relevância e pertinência para a fundamentação teórica do estudo, bem como para a manutenção do seu olhar crítico e reflexivo, necessários e característicos da OP.

Neste sentido, a leitura do contexto sócio histórico e a compreensão da dinâmica institucional foram facilitadas pelo acesso aos livros de registro de atividades diárias, que continham os relatos cotidianos que, associados a algumas vivências e discussões, tecidas com a equipe, anotações da rotina do Serviço Psicopedagógico e de Assistência Social ao Estudante (SEPASE), e elaboração e implantação do Projeto

[55] Esse contexto foi abordado minuciosamente no Apêndice 1.

Humanidades (docência em conteúdos das ciências humanas no currículo médico). Este conjunto forneceu um rico material de análise.[56]

Várias observações realizadas dentro desse recorte temporal (ano de 2014) mesclam-se com vivências em anos anteriores em razão de aqueles acontecimentos demonstrarem relevância no momento atual: se ainda eram vigentes, sua permanência ao longo do tempo justificava algumas observações atuais no todo do processo longitudinal.

Por se tratar de uma instituição antiga, havia resistências a mudanças e rigidez no modelo didático pedagógico que eram mencionados em todos os espaços observados, com o uso de chavões do tipo “aqui sempre foi assim”. Para exemplificar a dimensão dessas resistências, citam-se as tentativas de aberturas de outros cursos na área de saúde que não eram bem recebidas (nem por professores, nem por alunos). Razão pela qual este curso médico seguia como uma faculdade isolada no imaginário institucional, apesar da existência factual de outras ofertas de ensino em saúde, como mencionado anteriormente. Os estudantes de medicina chegavam a verbalizar que não queriam dividir suas mensalidades com investimentos para a formação de outros profissionais menos importantes. Em alguns momentos, observava-se o tratamento diferenciado conferido aos acadêmicos de medicina.

Havia também resistências a respeito das inovações propostas pelas DCNs para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a) e o perfil ético e humanístico traçado para o egresso em medicina. Os docentes mais antigos acreditavam que a manutenção de uma relação vertical com o aluno, transmitindo uma postura de distanciamento e de “respeito pelo uso do branco” (outro chavão comum), como manifestação visível do desejo do médico de curar, seria suficiente para forjar esse perfil. Percebe-se aqui, uma nítida confusão no que seja propriamente humanização[57] da medicina (RIOS, 2009; DESLANDES, 2004; DESLANDES, 2006).

Resistência parecia ser a palavra de ordem em F1. Em todos os cenários institucionais, teóricos e de campo, nos relacionamentos, no contexto como um todo, percebia-se oposição de ideias, contradições nos princípios, tarefas prescritas no papel e desenvolvidas de outra forma no plano real. Sempre de uma forma velada, percebida nos conflitos e raramente trabalhadas, tornando o ambiente frio e distante,

---

[56] O papel de informante-chave foi, neste caso, disseminado entre os diferentes atores com os quais se mantinha contato no cotidiano do trabalho durante todo o ano.

[57] Essa questão será discutida no capítulo 5.

similar às críticas tecidas pelas posturas profissionais nos serviços de saúde. Apenas quando as situações se agravavam e os problemas vinham à tona é que as situações eram tratadas, seguindo no mesmo padrão da medicina predominantemente curativa que vigora.

Percebeu-se, portanto, que o funcionamento institucional seguia a mesma lógica da medicina atual[58], de atuação sobre os agravos e pouco investimento na cultura de prevenção. Foi o que se pôde observar também em relação à assistência aos alunos, tal como relatado pela equipe atual que havia participado das reformulações do serviço: apesar do SEPASE existir e atuar desde a década de 1990, foi no ano de 2008 que suas atividades foram intensificadas, sob o pretexto do fortalecimento dos processos de humanização do curso. Havia um projeto em vigor, antes dessa reformulação, construído por uma equipe que contava com um médico (que era o diretor do serviço), um pedagogo, um assistente social, um psicólogo.

O SEPASE era orientado por um programa com diretrizes psicopedagógicas e profissionais com o objetivo geral de investir na prevenção e saúde escolar. Várias atividades estavam prescritas: desenvolver condições favorecedoras à saúde biopsicossocial do estudante no processo de aprendizagem; oferecer apoio aos usuários objetivando o pleno desenvolvimento da pessoa humana; trabalhar temas de relevância que não estivessem incluídos no currículo de áreas de interface; promover a integração entre docentes, tanto para fortalecer o trabalho conjunto, quanto para promover o desenvolvimento da postura ético humanista. O Programa previa, ainda, ações de toda a equipe com os monitores, pesquisas e estudos teóricos, atenção às dificuldades de aprendizagem e necessidades educacionais diversas, como a oferta de cursos de aperfeiçoamento ou capacitações. Entre as estratégicas para o alcance desses objetivos contava-se com atividades psicopedagógicas (recepção a novos alunos, grupos de reflexão temáticos – sexualidade humana, violência, tanatologia, dependência etc.). A assistência ao educando prevista resumia-se à orientação psicopedagógica e profissional, e um apoio referente às questões restritas à aprendizagem ou ao ciclo vital (relacionadas ao desenvolvimento), neste caso, na etapa da juventude e de suas implicações no âmbito individual, como a escolha profissional, por exemplo. A ênfase de tais atendimentos era clínica e individual, inclusive com uso de testes para avaliação psicológica.

---

[58] Esta questão será analisada no capítulo 5.

Assim, a partir de 2008, mudanças da gestão requereram mais do Serviço, uma intensificação do trabalho, exigindo a reformulação da equipe e de sua composição. Um médico continuou na coordenação: apesar do cargo não ser mais considerado, no organograma institucional, de direção, a tradição foi mantida tal como ocorre nos serviços de saúde, diante das mudanças e sob o pretexto do fortalecimento interdisciplinar. A gestão acreditava que a figura do médico, como gerenciador do Serviço, garantiria o respeito dos atores institucionais e a adesão às propostas da nova gestão pelos professores médicos mais antigos e influentes.

Em relação aos outros profissionais, manteve-se um pedagogo e um assistente social, e, somando-se a estes, um profissional de arte-educação. Dois psicólogos foram contratados e esta foi considerada como a mudança mais contundente da equipe. Circulava entre os atores institucionais que as mudanças haviam sido motivadas, especialmente, por um evento trágico, quando um estudante de medicina cometeu suicidou. Como resultado o psicólogo anterior foi questionado quanto à efetividade de seu trabalho, culminando com sua demissão e a reformulação da equipe. Os novos profissionais da área da psicologia, então, tinham a tarefa de dar uma resposta diferenciada em termos de eficiência.

A instituição contava com uma sala para o serviço social e outra para o SEPASE, mas apenas aqueles da saúde psíquica trabalhavam nesse espaço, onde realizavam atendimentos oriundos de demandas espontâneas (quando os estudantes/ funcionários, por razões pessoais e diversas, procuravam pelo serviço) ou por uma necessidade surgida de outra ordem (encaminhados por professores, coordenador ou direção e, ainda, após os conselhos de classe). Os demais profissionais procuravam por locais na instituição com alguma estrutura para que pudessem realizar suas atividades – tais como: salas de aula, biblioteca, laboratório de informática. Comparado ao número total de estudantes, o índice de procura pelo atendimento psicológico não era grande, como se pôde observar no Gráfico Nº 05:

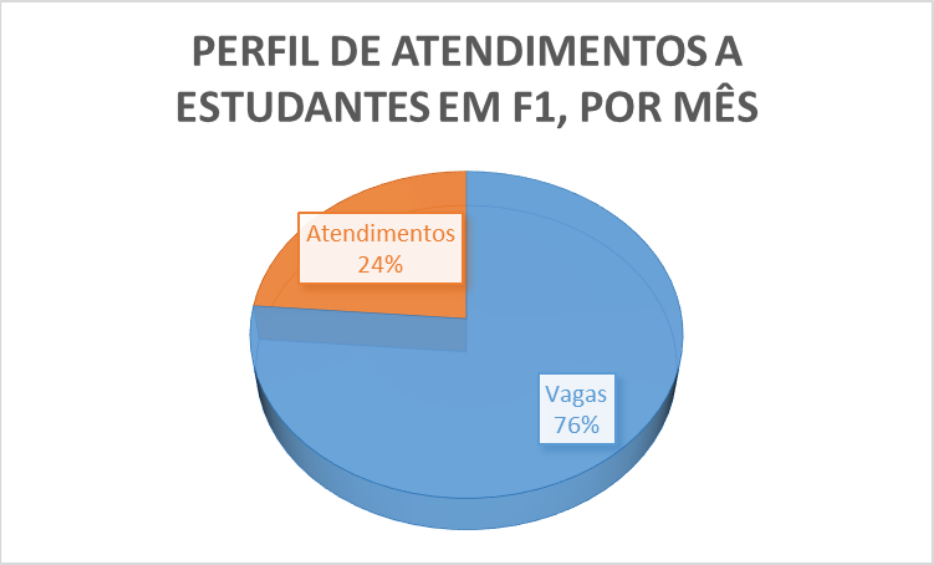


GRÁFICO Nº 05: Comparação entre número de vagas e atendimentos em F1, por mês.
FONTE: Livro de registros do Serviço.

Uma das razões encontradas para este baixo índice de procura, segundo os profissionais, era o preconceito dos estudantes em relação ao psicólogo, uma ideia comum no imaginário social: eles tinham medo de serem discriminados ou estigmatizados, rotulados como problemáticos, pelos colegas e professores. Aos poucos, percebeu-se que essa atitude estava presente na instituição como um todo, inclusive, em alguns componentes da equipe: nas discussões, dados dos atendimentos sobre crises, conflitos de diferentes naturezas, uso de medicamentos ou adesão a tratamentos, por exemplo, não eram partilhados para evitar que esses estudantes fossem tachados como problemáticos. Para os profissionais mais atentos a saúde psíquica, a procura por ajuda era um indício de saúde mental, ao contrário dos outros olhares profissionais que colaboravam para a manutenção do estigma de que apenas loucos e desajustados precisam de suporte. Por exemplo, um deles relatou que, ao realizar um atendimento a um estudante muito angustiado por questões financeiras, problemas pessoais e de adaptação, ao terminar, o aluno, já na porta, antes de sair da sala, olhou para ambos os lados do corredor para se certificar de que não seria visto por outras pessoas. Por sua vez, apesar de se configurar como um número muito pequeno, alguns procuravam pelo serviço tentando não ceder às pressões de modelos que insistem no distanciamento e na frieza do médico como operadores essenciais do ato de cuidado. Foi o caso de um estudante que, com a ajuda da equipe, decidiu cuidar de si mesmo como pessoa e permaneceu em

psicoterapia durante todo o curso, a fim de sustentar sua escolha de não ceder ao sistema. Outra situação foi de um aluno que achou estranho o modo como um professor lhe orientou a lidar com o paciente que descompensa e chora: “continue atendendo até que o paciente pare”. Essa resposta lhe causou estranhamento. Inseguro e sem saber o que fazer, ele procurou pela equipe que lhe informou como proceder e lhe forneceu algumas referências bibliográficas sobre acolhimento. Além disso, um questionamento foi provocado: “como você vai proceder?”

A equipe também atendia a pais de estudantes. As razões que originavam tais atendimentos eram diversas. Pais de estudantes que não residiam na cidade para onde seus filhos haviam sido aprovados no vestibular era uma situação frequente. Alguns deles apresentavam muita angústia, nesse sentido, porque era difícil separar-se do filho, apesar da concretização do sonho de vê-lo adentrar em uma escola médica. A gravidez durante a faculdade também era um problema que levava pais a procurar por ajuda, acreditavam que o sonho de ter um filho(a) médico(a) acabaria ali e entravam em conflito entre as ideias de apoiar o aborto ou atrapalhar a sua juventude.

Os problemas financeiros eram outra razão que frequentemente originava procura pelo Serviço. Houve uma mudança no perfil econômico dos estudantes de medicina na virada do século: entre as décadas de 1970 e 1980, estes eram oriundos apenas de classe alta ou média alta, muitos filhos de médicos; com a implementação da filantropia, esse perfil começou a mudar, associado ao financiamento estudantil do Governo, a faculdade passou a ter estudantes de todas as faixas econômicas. Percebia-se um orgulho dos profissionais em trabalharem em uma instituição que não tinham só “filho de papai”, mas também de empregada doméstica, pedreiro, pipoqueiro, vendedor ambulante.

Quanto aos atendimentos a funcionários, havia uma estrutura de suporte e apoio específicos no setor de Recursos Humanos (RH) para recebê-los com exclusividade. Apesar disso, havia relatos de atendimentos a este público, justificados pelos profissionais: sob a alegação de um temor de se expor e terem seus problemas tomados como queixas contra a instituição, eles não se sentiam à vontade e seguros para ir ao RH. Mesmo assim, quando procuravam pelo Serviço eram acolhidos, encontravam ali um espaço de escuta e recebiam o mesmo tratamento dado aos estudantes.

A articulação entre teoria e prática no cotidiano do trabalho oferecia uma consistência fundamental para que a equipe do SEPASE resistisse aos impactos do trabalho em uma instituição médica tradicional, mantendo uma atividade permanente de reflexão e crítica que levava ao aprimoramento constante, ganhava a confiabilidade e credibilidade institucional. Como resultado, houve uma tentativa de que, em termos de cargos e funções, a atuação passasse a ter um perfil meramente educacional. O embasamento teórico foi fundamental para que o grupo sustentasse seu lugar como uma equipe interdisciplinar e institucional e não apenas restrita a questões referentes ao ensino ou à aprendizagem. As características de um trabalho institucional abrangiam esses tópicos, mas os transcendiam, alcançando o movimento e a dinâmica estabelecida entre os atores como um todo e que eram determinantes de reprodução e manutenção do mesmo.

Houve uma época em que a equipe do SEPASE reunia-se para discutir suas atuações – atendimentos, desenvolvimento de projetos –, semanalmente, durante todo o ano. Contava-se com a presença de todos os membros e, de acordo com as demandas, outros profissionais eram convidados para participar – professores, especialistas de algumas áreas. Certa vez, esteve presente um psiquiatra, pois percebeu-se a necessidade de encaminhamentos; em outra ocasião, a participação de um clínico geral que relatou sua preocupação com a formação dos estudantes considerada por ele como muito rasa, com uma falta de compaixão, empatia e a passividade diante das realidades, quase que total falta de entusiasmo por parte dos professores para ensinar e do aluno para aprender.

Da parte dos profissionais com mais de quinze anos de trabalho naquela escola médica, havia um comentário recorrente quando alguns recém contratados novatos explanavam sobre a boa procura dos estudantes do primeiro ano pelo serviço. Essas considerações surgiam quando as resistências dos estudantes eram mencionadas pelos componentes mais novos da equipe, seguidas do complemento dos mais antigos: “Vocês vão se acostumar”. Esses comentários reforçavam a ideia de que as resistências iniciais não eram nada, perto do que a equipe ainda enfrentaria. E ao longo do tempo inevitavelmente foi percebido que isso era uma realidade.

Esse modelo repetiu-se por anos e anos, a despeito das iniciativas para transformá-lo. Destarte essa persistência, projetos eram desenvolvidos, como o de Recepção Solidária, que tinha por objetivo extinguir as práticas de trote vexatório existentes na instituição por décadas, desenvolvido e coordenado pelo profissional de

arte-educação da equipe. Os trotes geravam toda sorte de constrangimento nos calouros, como tomar água no copo em que todos os veteranos haviam cuspido, beber líquidos contaminados com água de peixe, pingar esmalte no ouvido, beijar na boca do (a) funcionário (a) mais idoso, entre outros. Essas práticas, consideradas pela gestão como desumanas e insalubres, precisavam ser mudadas. Assim, o projeto foi elaborado e implantado, transformando aquele perfil em algo mais criativo, lúdico e benéfico, com resultados para a sociedade local, inclusive. Não obstante a constatação dos benefícios, os estudantes veteranos não recebiam bem a ideia: havia uma necessidade de subjugar o calouro. Isto deixava no ar questões como: vivência similar à subjugação do médico ao paciente? Haveria nisso um prazer?

Outros projetos de cunho cultural, como a exibição de filmes, também era ferramenta explorada pela equipe em suas múltiplas finalidades. Servia de ponto de apoio para a discussão sobre temas advindos das ciências humanas e de reflexão sobre a prática médica e suas especialidades. Mesmo diante da seriedade e empenho com que a equipe se dedicava a essas atividades, decidindo coletivamente sobre conteúdos, filmes e debatedores, contando inclusive com a participação discente nesses processos, havia uma banalização das propostas que não eram vistas como sendo “coisa de médico”. Em uma ocasião, ao solicitar colaboração dos alunos para escolha de filmes, a equipe surpreendeu-se com suas sugestões, posto que eles solicitavam filmes, por exemplo, com histórias macabras do tipo Hannibal, para explorar o universo da anatomia.

Algumas observações foram feitas da participação da equipe em Grupos de Reflexão (GRs). Por definição o trabalho deste tipo de grupo propõe o “concreto pensado” (LANE, 2010/1988), um exercício que intenta transpor a aparência de fenômenos e objetos para chegar até suas determinações e estruturações ideológicas, históricas, políticas, econômicas, institucionais, por meio da contextualização e inscrição em um tempo e lugar. Em dada ocasião, esse trabalho de grupo foi realizado e os resultados foram surpreendentes. A equipe conseguiu um espaço com o professor de Obstetrícia, para um encontro avaliativo-formativo[59], a

[59] A avaliação formativa difere-se de outras formas avaliativas – somatórias, classificatórias, certificatórias – ao não se reduzir a uma forma de verificar um desempenho como produto final da aprendizagem. Define-se por uma forma processual que ocorre no percurso ensino-aprendizagem. Mendes (2015) a define como “toda prática de avaliação contínua que pretenda contribuir para melhorar as aprendizagens em curso” (p. 3). É uma forma inovadora no modo de avaliar que implica, por conseguinte, um reposicionamento de todo o processo pedagógico, redefinições curriculares e do ensino superior como um todo.

respeito das aulas práticas, com o objetivo de conhecer as representações que os estudantes tinham sobre gestação, parto e puerpério, antes das vivências proporcionadas nas aulas, analisar as tarefas em campo e levantar dados sobre a contribuição dessas para o crescimento pessoal e profissional dos alunos. Em última análise, eles eram convidados a falar do significado da experiência e de como se sentiam diante das situações típicas do cotidiano dessa especialidade – mulheres com muita dor, gritos, desespero.

Os relatos eram os mais variados e para alguns a resistência foi enorme, como um jovem que afirmou nunca ter tido uma experiência com gravidez antes das aulas práticas, não ter tido a oportunidade de ter visto uma mulher grávida, nem mesmo aleatoriamente, esquivou-se da avaliação e de falar de si mesmo. Outros estudantes falavam de como as aulas práticas contribuíram para romper com a visão romântica do parto e do nascimento, veiculada pelas tramas novelísticas. Referiam-se ao parto vaginal como um evento terrível, com muita gritaria, muita sujeira (eles desconheciam o fato de que as mulheres poderiam evacuar ao fazer força). Depois disso, o parto vaginal passava a ser desprezado pelos estudantes e, quase unanimemente, desejavam realizar o parto cirúrgico. Mencionavam um misto de emoções: por um lado, o nascimento, por outro, o contexto nem sempre favorável. Nem todo parto era sinônimo de uma nova vida, alguns representavam a morte, os procedimentos de curetagem ou os natimortos, por exemplo. Alguns questionaram se não haveria outra forma de acolher aquelas mulheres, pois elas ficavam na mesma enfermaria que as mulheres que já tiveram seus bebês e lhes amamentava. Achavam desumano.

Um deles referiu que era uma cena nada bonita de se ver, enquanto algumas choravam, outras celebravam, no mesmo local: “era como se a gente tivesse no mesmo ambiente: um velório e uma festa. Não combina”. Outro estudante relatou a experiência de acompanhar o atendimento a uma mulher grávida na emergência depois de um acidente automobilístico. Ele afirmou que ficou muito assustado porque não era uma vida a ser salva, mas eram vidas (da gestante, do bebê, da família que estava se constituindo, entre outros). A marca dessa experiência era de um misto de sentimentos, uma ambivalência constante, incômoda.

As situações relatadas eram as mais diversas, histórias de vida de mulheres de todas as idades (algumas muito jovens o que para eles era impensável, pois se identificavam com a faixa de idade, viam-se a si mesmo investindo na preparação para um futuro e interpretavam gravidez como um obstáculo). Comentavam sobre como as

aconselhavam valorizar mais a si mesmas, não distinguindo suas próprias percepções pessoais e visão de mundo. Algumas mulheres vinham acompanhadas de familiares, outras abandonadas e, consequentemente, em alguns casos, também abandonavam seus bebês: ainda que permanecessem ao seu lado, não queriam cuidar, amamentar, higienizar. Isso causava indignação nos estudantes.

Esse tipo de prática (considerada um tipo de metodologia ativa[60]), apresentava uma eficiência comprovada para produzir o perfil do egresso, conforme preconizado pelas DCNs (BRASIL, 2014). Em reuniões periódicas, a equipe avaliava a experiência e, geralmente, atribuía um valor positivo e enriquecedor: depreendia-se um crescimento dos alunos, uma interação entre estes e os professores a partir de contribuições para o crescimento pessoal e a construção da identidade profissional de médico. Decidia-se sobre a condução do grupo dando atenção às questões individuais que ali surgiam e às dificuldades do médico em lidar com a mulher grávida, entre outros temas emergentes.

Os elementos conjuntamente motivavam a equipe a continuar e a desenvolver novos grupos com outras especialidades. No entanto, ao ser anunciada naquele ano a crise financeira na própria instituição (que foi agravada ainda mais pela crise econômica do país), houve necessidade de cortes de gastos para evitar cortes de pessoal. Nesse caso, diversos componentes curriculares tiveram suas cargas horárias reduzidas, sendo a Obstetrícia um deles. O primeiro corte foi o da análise das práticas através dos grupos de reflexão: em tempos de recessão optou-se por manter o essencial e este tipo de atividade era considerado acessório.

Outras tentativas de formação de GR foram realizadas, com sugestões de tópicos de grande interesse e repercussão entre os alunos, como o médico diante da morte, por exemplo. O problema do suicídio entre educandos era assunto recorrente, que os assombrava como um fantasma. Em certa ocasião um jovem foi a óbito, após um grave acidente automobilístico; ele dirigia embriagado e em alta velocidade, e foi considerado quase uma tentativa de autoextermínio com êxito. A consternação foi demasiada e coletiva a tal ponto que a equipe não conseguia dar conta de atendimentos individuais e o faziam em grupos. Apesar dessa necessidade factual, novos GRs não aconteceram, sobretudo, porque não havia apoio dos docentes ou interesse dos discentes.

---

[60] No próximo tópico, serão abordadas as metodologias ativas na educação médica.

Os Conselhos de Classe, considerados como uma prática tradicional em F1, contavam com a participação da coordenação do curso, um secretário, professores de todos os componentes curriculares, do primeiro ao quarto ano, e da equipe do SEPASE. Cada turma tinha um aluno representante e um professor escolhido pelo grupo para levar ao Conselho um documento com considerações sobre suas dificuldades e facilidades em cada disciplina, tanto para os professores, quanto para os alunos, incluindo encaminhamentos destes para o SEPASE. As discussões ali tecidas não tinham um cunho de promoção discente, ou seja, ajudar os estudantes com defasagens de aprendizagem, revendo metodologias e adotando práticas facilitadoras do processo. Os problemas dos alunos que eram identificados no Conselho eram vistos como desvios individuais, nada teriam a ver com o curso e sua conjuntura, responsabilizando-os pelo seu mau rendimento e os considerando como, talvez, não aptos para o exercício da medicina que, supostamente, requereria um saber acima da média. Como os conteúdos eram 99% sobre doenças, anomalias, patologias e terapêuticas, a equipe questionava se essa dificuldade era inerente à impregnação da biomedicina, como obstáculo na promoção dos universitários. Quando alguns tópicos de importância surgiam, como, por exemplo, aqueles referentes à formação ética, prevalecia o debate biomédico, pela atitude reducionista de alguns professores de atrelar essa questão à imponência obtida pelo uso do branco, desvirtuando completamente a discussão. Os casos mais drásticos denunciavam que as dificuldades de lidar com as singularidades dos jovens fora do âmbito da patologia, relacionavam-se a uma conjuntura que prefere não considerar a subjetividade. Isso causava um estranhamento na equipe de apoio aos estudantes, que questionava a si mesma sobre seu papel.

A evolução do trabalho do SEPASE, suas atuações e discussões em equipe sobre a importância da abordagem interdisciplinar, despertaram a gestão para a reformulação de alguns componentes curriculares, com a inserção de conteúdos de ciências humanas/sociais e ampliação de sua carga horária na matriz, como estratégia de tirá-los do lugar de banalização onde foram colocados durante anos por docentes e assim assimilados por discentes.

Na realidade, a partir de então, houve uma certa mudança, que consistiu na criação de três blocos de componentes curriculares que deveriam agregar história, filosofia, sociologia, antropologia e psicologia aplicados às ciências médicas, com o objetivo principal de problematizar os modelos de saúde e as influências de

concepções biomédicas e biopsicossociais, através de reflexões permanentes sobre situações específicas dos cenários de saúde, utilizando metodologias ativas, como, por exemplo, contar com a participação de professores convidados para relatarem suas experiências com os pacientes e sua escolha pela medicina.

Em uma dada ocasião, um médico especialista em Terapia Intensiva Neonatal foi convidado para apresentar seu trabalho para uma turma de 6º período. Ele havia concluído o mestrado em 2010, com o tema sobre os conceitos de normal e patológico de Canguilhem (2002/1966), aplicados à sua prática médica na UTI. Lamentavelmente os alunos ridicularizaram a apresentação do estudo, porque o profissional chorou diante de uma imagem de um paciente que havia falecido, um bebê de 8 meses. Cumpria-se, assim, quase como uma profecia, aquelas previsões feitas pelos profissionais mais antigos, descritas acima, a respeito da desumanização do estudante ao longo do curso.

De forma geral, todo o trabalho de ciências humanas, sociais e de saúde coletiva desenvolvido em diferentes períodos passava por essa mesma dificuldade: desinteresse dos alunos, descrédito dos outros professores. Atitudes de banalização faziam parte do cotidiano de certos docentes que se viam fracos e impotentes diante de um gigante difícil de ser derrotado. Monitores de componentes curriculares como anatomia e fisiologia marcavam com os alunos seus encontros presenciais no mesmo horário das aulas de humanidades. Eles também viviam entre um misto de sentimentos e ambivalências: por um lado, pensavam em não mais ofertar seus conhecimentos para quem não desejava, pois seria como oferecer “pérolas aos porcos”. Por outro, apesar de raros, havia alguns universitários que retornavam e contavam como utilizaram aqueles conhecimentos para lidar com suas próprias emoções, com o paciente.

4.2. PORTFÓLIOS REFLEXIVOS (F2)

4.2.1. Descrição do campo

O ano de 2014 foi um dos marcos de importância nas reformulações da educação médica no Brasil, ao promulgar as novas DCNs para os cursos de medicina (substituindo a anterior de 2001), inscritas no conjunto de estratégias de mudança que se operaram, mais efetivamente, a partir da década de 1990, no contexto brasileiro. Essas Diretrizes foram ainda mais incisivas em tomar como ênfase curricular o ensino baseado na Atenção Básica à Saúde (no âmbito do SUS) e nas Urgências e Emergências.[61] O perfil do egresso[62], nelas delimitado, de uma formação profissional generalista, ética e humanista, tem incentivado a inclusão de conteúdos das ciências humanas e sociais, empreendendo o estímulo ao desenvolvimento de competências relacionais mais saudáveis e propensas aos pacientes.

Foi nesse contexto que surgiu o curso de medicina, em 2015, logo após a promulgação das novas Diretrizes (BRASIL, 2014), com de 120 vagas anuais. Sua matriz curricular é considerada híbrida, ou seja, conjuga um currículo tradicional com novas metodologias, para poder atender às exigências normativas, especialmente no que diz respeito às ênfases curriculares e à inserção do estudante desde o primeiro período nos cenários de prática, nas comunidades e, por meio da ESF, nas UBSs, em uma perspectiva longitudinal e interdisciplinar. A instituição que o abriga é uma universidade localizada no interior do Estado do Rio de Janeiro, que oferece vários cursos de graduação e pós-graduação em diferentes áreas de conhecimento (exatas, humanas, sociais e da saúde).

Além das outras premissas das DCNs, F2 prima também pela aprendizagem em contextos reais para operacionalizar sua característica híbrida. A problematização das necessidades de pessoas ou famílias, formulação de questões relativas à saúde em si e elaboração de um plano de cuidado (MARIN et.al., 2010, p. 193) são favorecidos ao aproximar o aluno da realidade. Deve-se considerar também que o encontro entre a pessoa do médico e a pessoa em adoecimento é muito mais fácil de ser assim compreendida com essa proximidade na etapa de formação e é, como

[61] A contextualização da educação médica no Brasil foi realizada no Capítulo 1 deste trabalho.
[62] O perfil do egresso foi descrito no Capítulo 1 deste trabalho.

define Mello Filho (2006), “o substrato indispensável de qualquer ação terapêutica” (p. 40).

Essa entrada precoce em cenários reais onde irão atuar como futuros profissionais, permitia-lhes a construção contextualizada dos conhecimentos, sem desconsiderar suas capacidades e saberes prévios. O encontro com as novas experiências propiciadas nesses locais despertava a “curiosidade epistêmica, dando motivação para explorar, descobrir, aprender e compreender as situações vividas” (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008, p. 726). Uma atividade inicialmente exploratória, que se transformava gradativamente em um “poderoso instrumento de aquisição de novos referenciais facilitadores de aprendizagem significativa” (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008, p. 726), ao partir das experiências pessoais realizadas em campo, “colocando-o em contato com o outro, consigo mesmo, permitindo-lhe aprender mais sobre si próprio, levando a um processo de progressiva descoberta e ressignificação da própria identidade” (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008, p. 726).

Essa abordagem visava ultrapassar o desenvolvimento de uma racionalidade pura, definida por Schön (2000) como uma “epistemologia da prática derivada da filosofia positivista, construída nas próprias fundações da universidade moderna, dedicada à pesquisa” (p. 15). Nesse prisma, “os profissionais são aqueles que solucionam problemas instrumentais, selecionando os meios técnicos mais apropriados para problemas específicos” (SCHÖN, 2000, p. 15). Este autor denominou “pântano” as “zonas de prática”, qualificadas como escorregadias e indeterminadas, distantes do outro polo, da racionalidade técnica adjetivado por ele como “terreno alto e firme”, referindo-se aos fundamentos da formulação do conhecimento científico pelas pesquisas. Entre esses dois planos encontrava-se a “problemática” que se configurava como um “problema ontológico” e expressava uma visão de mundo construída por cada um (SCHÖN, 2000, p. 15).

Ao longo do processo em F2 pôde-se verificar que o objetivo do curso era diminuir as lacunas entre esses polos – teóricos, práticos – com a mediação das metodologias ativas. Uma precipitação seria considerar que, pelas bases legais atuais, pelas várias experiências exitosas no empreendimento de mudanças do ensino médico, este processo seria facilitado. Vários desafios impunham-se, a começar pela dificuldade também dos docentes, não apenas dos discentes, em problematizar as realidades. Os primeiros, apesar de não serem todos médicos, em sua maioria, também foram formados por uma concepção biomédica, flexneriana e mecanicista,

enquanto ideologia impregnada em toda a formação em saúde. Como resultado, surgia uma divisão curricular (imaginária, já que não podia ser vista sem uma análise mais profunda da matriz): por um lado, um conjunto de atividades e conteúdos que corroboram o programa atual, e outra, em maior número, que seguem o modelo tradicional.

Para tentar resolver este óbice e garantir a efetivação das propostas inovadoras do Projeto do curso, F2 promovia capacitação permanente dos docentes em sua implementação e evolução, na tentativa de sensibilizá-los para evitar a resistência às mudanças: ceder em alguns pontos poderia comprometer todo o processo, considerando a força da biomedicina. A oferta de oficinas, discussões interdisciplinares, simulações, sessões clínicas com problematização de casos, incentivo à participação de congressos, faziam parte desta estratégia.

Costa (2007) ressaltou que resistências associadas à desvalorização das atividades de ensino entre os médicos e a supremacia da pesquisa deve-se a alguns fatores como a hipervalorização das investigações científicas (reduzidas a estudos quantitativos) e fomentos à tecnologia, “falta de identidade profissional docente, deficiência na formação pedagógica do professor de Medicina” (p. 21), objeção docente a transformações e individualismo entre professores docentes universitários. Tornava-se necessário, então, o estímulo ao desenvolvimento profissional permanente dos educadores médicos, como instrumento de reelaboração e de transformação dessa prática.

A ideia de implantar a metodologia de PR em F2, na avaliação e na aprendizagem das atividades teóricas e práticas, decorreu da proposta de estabelecer as DCNs (2014) como meta principal da instituição do curso de medicina. Nessa linha foi oferecida uma oficina para os professores visando a apropriação e aprimoramento da metodologia e sensibilização para a importância da utilização de métodos ativos. O formato de oficina foi escolhido para estabelecer com os participantes um fórum de discussões sobre o tema, mas, além disso, proporcionar uma atividade prática e promover o exercício reflexivo do docente colocado em ato diante do desafio de inovar na utilização de metodologias ativas, dos gestores do curso no desafio de integrar a matriz curricular, de forma que viessem a efetivar os objetivos estipulados nas Diretrizes. A mesma proposta de sensibilização utilizada com os estudantes no componente curricular de Psicologia Médica I e II foi também realizada com os professores, tal como será apresentado a frente.

A Psicologia Médica[63] era oferecida nesse contexto de mudanças e tinha o papel de promover a ligação entre os diferentes saberes, para se constituir, portanto, como o “tecido conjuntivo das práticas médicas” (EKSTERMAN, 2006, p. 44). Caminhava, para isso, ao lado de outros componentes curriculares para favorecer ao aprendizado sólido por parte do estudante, aproximando-o das realidades que enfrentará como profissional.

Se nos primórdios de sua inserção havia o objetivo de priorizar os estudos sobre a relação médico-paciente e preparar o aluno para lidar com ela, ao longo de seu desenvolvimento, a psicologia aplicada às ciências médicas ampliou-se, devido “a complexidade inerente ao campo” que acabou provocando “um redimensionamento dessa concepção, transformando-a em muito mais que uma disciplina” (MELLO et al., 2012, p. 236). Hoje é uma área científica de interface que implica em um permanente diálogo interdisciplinar sobre questões referentes à medicina, ao processo saúde-doença em sua dinâmica, às interações implícitas ao ato de cuidar que transcende a relação com o paciente e atinge a família, equipe e instituições de saúde, outros médicos. Privilegia a compreensão da estruturação psíquica, ou seja, “os aspectos constitutivos da personalidade humana que colaboram ou não para facilitar e viabilizar essas relações” (MELLO et al., 2012, p. 236).

Os componentes curriculares de Psicologia Médica I e II em F2 eram oferecidos, respectivamente, nos 1º e 2º períodos do primeiro ano do curso, totalizando 80h anuais. O Gráfico Nº 06 ilustra essa realidade. Concomitantemente, Saúde e Sociedade I e II também eram disponibilizadas no 1º e 2º períodos, cujos conteúdos configuram o aprendizado da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no âmbito do SUS, que se mesclam com aqueles advindos da saúde coletiva e das ciências sociais. Estende-se até o sexto período, totalizando 720h e, no internato, são destinadas 460h de estágio na mesma área. Assim a carga horária de ciências humanas, sociais e saúde coletiva no ciclo básico, clínico e no internato, pode ser considerada demasiadamente pequena em relação à totalidade do curso, a despeito do perfil de formação preconizado. O Gráfico Nº 07 demonstra a distribuição da CH desses componentes comparados ao restante do curso.

[63] Em F1, os conteúdos de psicologia médica eram trabalhados no componente curricular de Humanidades.

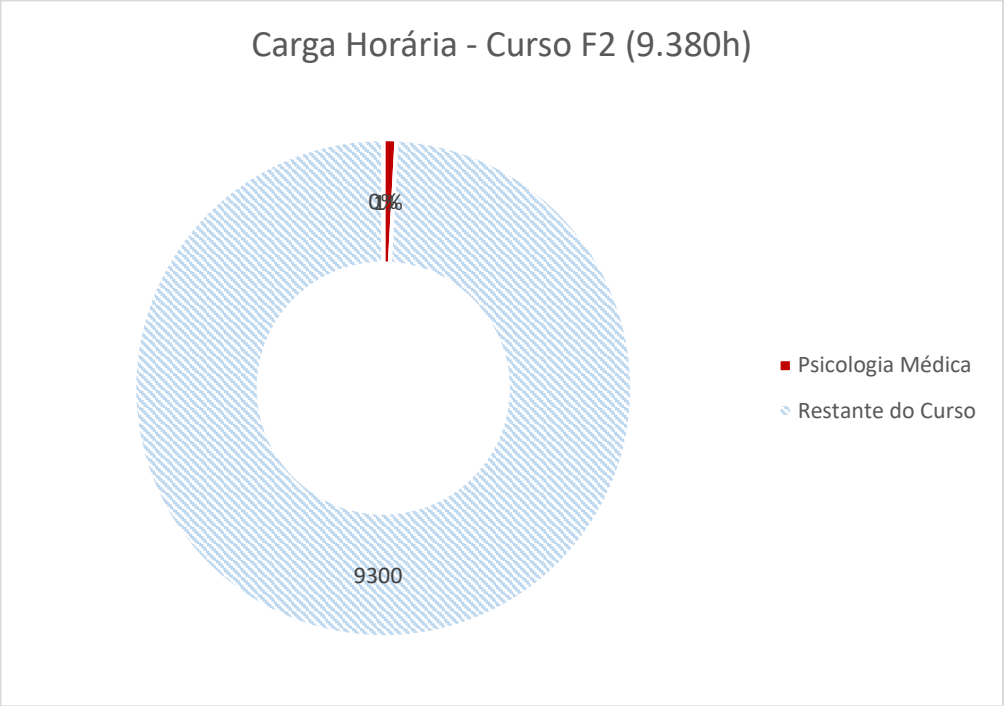


GRÁFICO Nº 06: CH do componente curricular de Psicologia Médica, em comparação com CH total do curso.
FONTE: Documentos do Curso

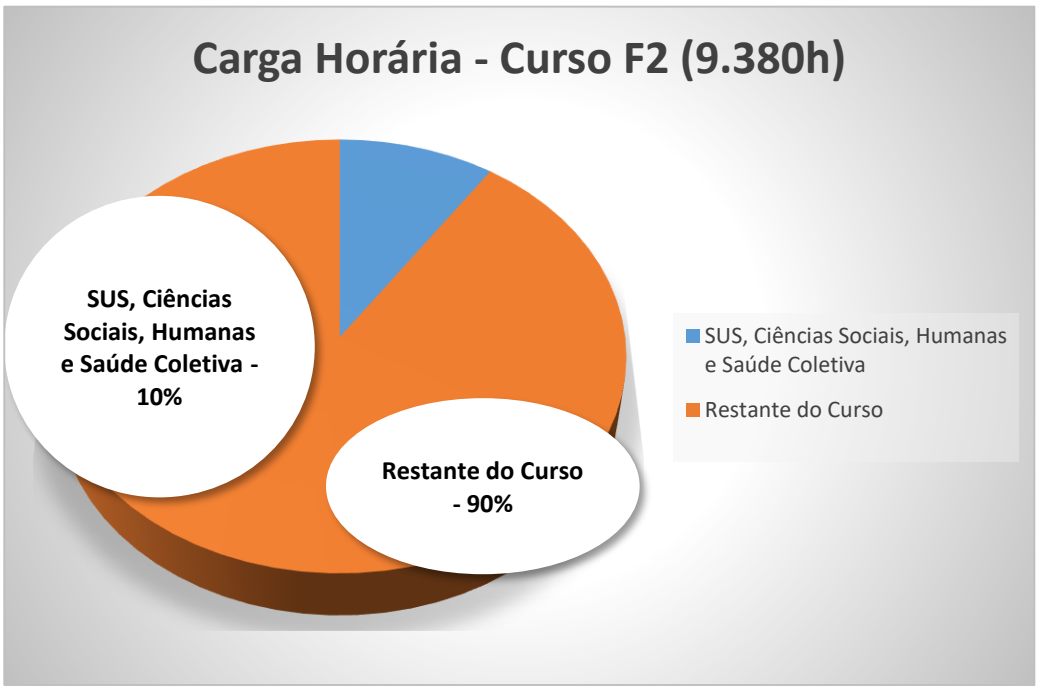


GRÁFICO 07: Comparação da CH total do curso e daquelas destinadas às ciências humanas, sociais e saúde coletiva.
FONTE: Documentos do curso.

Apesar de essa lógica estar presente em quase a totalidade dos cursos médicos no Brasil, na experiência em questão buscou-se explorar esse espaço e otimizá-lo, lançando mão da utilização de PRs como forma de aprendizado e avaliação, atendendo, ao mesmo tempo, a outra diretriz fundamental: a utilização de Metodologias Ativas de Aprendizagem e Avaliação (MAAA) no processo de ensino. Essas se caracterizavam por conferir protagonismo ao estudante na construção dos conhecimentos, compreendo-o como capaz de atuar com autonomia e responsabilidade diante de sua própria formação. Ofereciam-se como instrumentos de aprendizagem e avaliação formativa[64] eficazes para: desenvolver nossos modelos de atuação no SUS; privilegiar uma abordagem integral do processo saúde doença e uma concepção transversal de atenção e cuidados; permitir o desenvolvimento de uma visão do todo; incentivar a construção de redes de mudanças sociais, através de uma consciência individual e coletiva voltada para a transformação social.

A integração curricular (IC), outra premissa importante das Diretrizes (BRASIL, 2014), requereu a associação de conteúdos trabalhados em aula, nas idas ao território e nas visitas domiciliares, na utilização de um material compartilhado, essencial para a produção dos PRs. A IC tem sido considerada uma estratégia importante na diminuição das dissonâncias verificadas no campo das práticas profissionais, em que um discurso recorrente afirmava o aprendizado teórico na graduação como uma realidade diferente daquilo requerido deles na atuação após obter seu diploma.

O Portfólio Reflexivo (PR) é um dos vários tipos de MAAA, que foi assim definido por Ambrósio (2013):

> Ferramenta pedagógica para uma coleção organizada e planejada de trabalhos produzidos pelo(s) estudante(s), ao longo de um determinado período de tempo, de forma a poder proporcionar uma visão alargada e detalhada da aprendizagem efetuada bem como dos diferentes componentes de seu desenvolvimento cognitivo, metacognitivo e afetivo (p. 23).

Considerava-se que sua utilização individualiza as experiências e encorajavam o processo educativo centrado no aluno, corroborando os princípios previstos na LDB (BRASIL, 1996b) e, mais recentemente, nas DCNs (BRASIL, 2014). Como se tratava de uma metodologia inovadora e contemporânea, pelos seus inegáveis benefícios aos

---

[64] Diferente de modelos que visam apenas classificar, a avaliação formativa define-se pela priorização da apreensão dos saberes de modo a alimentar o ciclo dinâmico teoria/prática, enlevando, assim, os pressupostos educacionais de aprender a conhecer, fazer, ser, conviver.

avanços pedagógicos e avaliativos, Vieira (2002) sugeriu a realização de mais estudos para ampliar o repertório de conhecimentos sobre esse sistema de avaliação.

A principal contribuição dos PRs a este estudo foi que, por seu formato, o estudante relatasse sua história de vida através das reflexões e da autoavaliação, abordando, por um lado, a construção de seus conhecimentos e, por outro, as nuances de seu percurso, seus anseios, medos, angústias, percepções sobre seu processo de formação. Com isso, ofereceu um rico material de análise sobre a dinâmica bem/mal-estar aqui explorada.

Validando o uso dessa metodologia serão apresentados, neste capítulo, os resultados da utilização de PRs no curso de medicina em F2, que também se configura como campo de estudo.

4.2.2. A experiência do uso de PRs em F2

Para trabalhar com PRs, algumas medidas necessárias foram tomadas. A primeira diz respeito à escolha pelo seu formato, optando-se por um modelo científico, em virtude da tendência de banalizar conteúdos de Psicologia e outras ciências humanas e sociais no ensino médico. Para evitar que isso viesse a acontecer, preferiu-se deixar o registro cotidiano como opção do estudante, fugindo um pouco dos padrões mais comuns de PRs, que podem incluir bilhetes, cartas e outros tipos de anotações. Eram, portanto, componentes obrigatórios os diários de campo e de leitura (para registro das atividades práticas e teóricas, respectivamente), reflexão (onde deveria constar as articulações teóricas e práticas) e a autoavaliação.

Outra decisão importante foi a forma de entrega dos PRs: como tinha uma dupla finalidade (aprendizagem e avaliação), os trabalhos elaborados deveriam ser entregues em dois formatos: impresso e por postagem na plataforma on-line institucional, tornando possível garantir a verificação de originalidade, por meio de uma ferramenta antiplágio acionada ao disponibilizar o exercício para os alunos. A degeneração ética que assola as relações necessitou que essa medida fosse tomada e, ainda assim, sempre eram encontrados trabalhos copiados tanto de sites externos, quanto entre os próprios alunos. Havia também comentários de que alunos que já tinham feito PRs e que passavam por dificuldades financeiras e, para manter suas mensalidades em dia, cobravam para elaborar trabalhos para outros estudantes.

Ressalta-se desde já, que as resistências por parte dos discentes eram muitas, a começar pelas críticas na estruturação do curso que não os levava para o laboratório de anatomia no primeiro semestre e, sim, para as comunidades, colocando-os em contato com as pessoas vivas e não com corpos mortos. Como há um imaginário social em que predomina a visão preconceituosa em relação ao SUS, de que além de não funcionar é destinado para pobres apenas, os estudantes já chegavam acreditando que estavam perdendo tempo. Além disso, a metodologia, apesar de quebrar o ciclo vicioso de horas demasiadas de estudo de forma memorizativa, para alguns deles era considerada cansativa e desnecessária, levando-os a pedir para fazer provas tradicionais.[65]

Visando trabalhar essas questões, logo no início das aulas de Psicologia Médica, a metodologia era apresentada aos alunos e, para isso, propunha-se uma atividade de sensibilização, para ressaltar a importância, necessidade e pertinência das mudanças. Optou-se por apresentar a metodologia do PR aos estudantes partindo de uma reflexão sobre o conto denominado “Flor Vermelha de Caule Verde”[66], de autoria de Helen Barckley (2010). O conto, resumidamente, narra uma cena que se estabelece entre um professor e um aluno cheio de boas ideias e motivado para criar, inovar e explorar o universo do saber utilizando suas habilidades. Enquanto ouvia as exposições do professor, ele imaginava o que poderia inventar.

No desenrolar da estória, o menino é tolhido pelo sistema educativo representado pela figura de um professor que impõem ideias, formas de pensar e fazer sobrepostas as do aprendente. Era-lhe solicitado que desenhasse uma flor, mas não a que ele imaginava, pensava ou desejava, e sim uma flor vermelha de caule verde considerada pelo sistema como correta ou ideal. Depois de algum tempo, subjugado a essas imposições, o menino mudou de escola e foi colocado diante de uma outra realidade: a nova professora dava-lhe liberdade para desenhar a flor que quisesse, mas agora já era tarde, alienou-se, não sabia mais pensar, criar ou inovar, e só era capaz de reproduzir os modelos aprendidos. Mesmo com liberdade para criar e inovar, já não mais conseguia pensar ou fazer outra coisa que não fosse a flor vermelha de caule verde.

---

[65]No capítulo 5, essas e outras questões serão problematizadas e analisadas.

[66] Dada a relevância desta reflexão, para o desenvolvimento do trabalho com portfólios, o texto completo encontra-se no Anexo 14 deste trabalho.

A estória foi fundamental para discutir com eles ideias referentes à mera reprodução de atitudes, hábitos, práticas e saberes nos serviços de saúde e na formação do médico, que acabavam por aceitar as realidades como são, sem colocar nesses atos um pouco de pensamento ou questionamento. Como resultado, perpetuavam um modelo e seguiam em uma posição de alienação e anulação do sujeito e de sua cidadania.

O objetivo principal da utilização do texto foi trabalhar a necessidade de se desenvolver uma cultura reflexiva e a importância de uma formação de natureza crítica para romper com essa postura alienante ao lhes devolver o protagonismo e a autonomia no processo de ensino-aprendizagem. Contribuir, também, para o desenvolvimento de princípios de pessoalidade, autoimplicação, conscientização, inacabamento da aprendizagem e continuidade da formação, assim como, mudanças no estudante nos níveis do comportamento, da maturidade e da organização do modo de pensar e lidar com as realidades, já que haverá uma exigência constante de produção de questões e soluções para os problemas encontrados em seu cotidiano profissional.

Antes, porém, em Psicologia Médica I, era proposto um *brainstorming* (BS) no primeiro dia de aula[67]: traduzido como “chuva de ideias”, uma técnica considerada como metodologia ativa, que visa colher as impressões pessoais ou a bagagem prévia sobre um determinado tema (MINAYO, 2008). As noções trazidas pelos alunos sobre o que seria trabalhado na disciplina e o que esperavam dela, configuravam um rico material. Na Figura 06, que representa o BS da turma A, pôde-se perceber que a visão trazida era dos aspectos psicológicos pulverizados e reduzidos à concepção do senso comum, abrindo uma possibilidade para se demonstrar, desde o início, que subjetividade (enquanto objeto de estudo da psicologia contemporânea), humanização e empatia seriam conhecimentos científicos operacionalizados no cotidiano profissional.

[67] As imagens originais, em razão de sua baixa resolução, foram substituídas por um layout digitalizado, porém manteve-se com fidedignidade o conteúdo original.

FIGURA 06: *Brainstorming* construído no primeiro dia de aula de Psicologia Médica I (Turma A)

FONTE: Arquivo pessoal da autora

Outra questão trabalhada no BS era sobre os sonhos dos estudantes em torno de seu futuro como médico. Vários deles mencionavam que gostariam de compor equipes de Médicos sem Fronteiras, outros que desejavam exercer uma medicina humanitária, voltada para o bem-estar das pessoas, com condutas altruístas, diferentes daquelas percebidas por eles quando procuravam por assistência médica. Desde então, eram alertados sobre a força de um paradigma vigente que provocaria a transgressão de seus desejos.

O método demonstrou eficácia para revelar o pensamento coletivo em torno da questão, mas as vicissitudes das ideias percorreram caminhos distintos. Foi o que aconteceu nas diferenças qualitativas que puderam ser percebidas nos dois BSs: o tema da humanização surgiu e foi de imediato problematizado como algo não redutível a uma conduta estereotipada de um “médico bonzinho”, mas como uma política de saúde vigente no país, um construto teórico baseado no desenvolvimento por séculos da valorização, respeito e dignidade à condição humana.

Figura 07: *Brainstorming* construído no primeiro dia de aula de Psicologia Médica I (Turma B)

FONTE: Arquivo pessoal da autora

Em relação aos conteúdos, em Psicologia Médica I abordava-se a questão da vocação médica a partir do texto de Rubem Alves, intitulado *O médico* (2002), realizando uma leitura dinâmica do livro em pequenos grupos. A seguir foram discutidos os modelos de saúde para situar as dificuldades de uma abordagem da pessoa em sua integralidade, ao invés da ênfase nas doenças e em partes, em uma visão fragmentada e reducionista. Os efeitos da difusão e aprendizado da biomedicina foram problematizados, bem como as suas consequências sobre o campo da saúde, uma das razões pelas quais o tema da humanização retornou como urgência no campo da assistência médica. Priorizou-se também a problematização dos modelos de saúde para situar o estudante diante de uma realidade inevitável: de que um modelo para se orientar e para seguir seria a escolha que ele, inevitavelmente, deveria fazer.

Estes conteúdos foram a base para o primeiro portfólio, cujas temáticas deveriam ser associadas, por meio das reflexões, com as atividades práticas desenvolvidas: visitas ao território, participação em ações sociais promovidas pela instituição, análise de filmes e vídeos (entre estes, vale destacar o documentário Lixo

Extraordinário (2010), que retratava a história de vida de catadores de lixo, a partir do contato com o artista plástico, Vik Muniz, o que mudou radicalmente seus destinos). As reflexões sobre as atividades eram consideradas como o “coração do portfólio” (ALVARENGA; ARAÚJO, 2006, p. 139), uma vez que o pensamento reflexivo e a capacidade de correlacionar teoria e prática de forma crítica opunham-se ao acúmulo de informações meramente memorizadas e, por isso, favoreciam a construção do conhecimento de um modo mais efetivo. A formação do profissional reflexivo era uma condição essencial “para que haja uma mudança efetiva desse modelo assistencial, é imprescindível um repensar contínuo da teoria, da prática e das ações em saúde” (NOGUEIRA MARTINS, 2005, p. 265).

Uma das finalidades principais do PR era colaborar para a “reflexão sobre a identidade de cada estudante, do docente, em cada contexto, enquanto construtores do seu desenvolvimento ao longo da vida” (AMBRÓSIO, 2013, p. 23). O pensamento reflexivo e o desenvolvimento de competências foram considerados elementos estritamente relacionados por Perrenoud (1999). As habilidades adquiridas ao longo da vida colaborariam e estariam presentes no desenvolvimento de competências. Colocariam em ato “funcionamento reflexivo” definido como “processo de procura que culmina em uma ação original por sucessivas aproximações” (p. 26). Seriam operacionalizadas apenas quando os recursos disponíveis não fossem suficientes para resolução de uma determinada tarefa.

Voltando à descrição da experiência, o segundo portfólio foi fundamentado no tema da empatia, que se apresentou como conceito multidimensional, envolvendo um aspecto emocional (habilidade de imaginar a si mesmo como se estivesse no lugar do outro), moral (relacionado à motivação subjetiva de ser empático), cognitivo (possibilidade de compreender as reações do outro por meio da aquisição de conhecimento científico da configuração humana), e comportamental (ato de transmitir compreensão sobre o outro).

A questão não estava restrita ao campo médico e era discutida de forma contextualizada na contemporaneidade em que se observava um afrouxamento dos laços sociais, hedonismo e narcisismo, resultando em comunicações deficientes, relacionamentos frágeis, aumento da intolerância e violência. O problema da empatia, dessa forma, não era abordado como uma dificuldade referente à relação médico-paciente, mas das relações humanas como um todo, já que o lugar do outro só poderia

ser desejado se fosse de sucesso. Tender-se-ia, assim, a reproduzir uma relação assimétrica.

Nas últimas décadas, a empatia vem sendo um conteúdo explorado no ensino médico na tentativa de resgatar o que a medicina perdeu ao longo de sua história, a arte de cuidar de pessoas e que, nos dias atuais, tem se tornado um problema mais acentuado devido ao contexto já apresentado anteriormente. Trabalhá-lo no âmbito da psicologia médica, representava um empenho em resgatar o que havia de melhor na prática clínica: a relação estabelecida entre médico e paciente, e banalizada nos últimos tempos. Estudos como o de Tempski (2014) defenderam que assim como várias habilidades e competências poderiam ser desenvolvidas pela dimensão do aprender-fazendo, a empatia também poderia ser estimulada e aprimorada pela via do aprender-sentindo. Se o médico ocupasse, supostamente, o lugar superior desejado e alcançado, exercendo um saber/poder de subjugação ao outro, o desenvolvimento da empatia colaboraria para aproxima-los e equalizar o encontro.

Um conjunto de atividades foi proposto baseando-se nesse pressuposto: inicialmente, foi ministrada uma aula teórica com referências bibliográficas de pesquisas realizadas sobre esta proposição para embasar os conhecimentos construídos; uma breve apresentação das políticas atuais para portadores de deficiência, vigentes no país. Seguiu-se a uma vivência em aula, utilizando-se a técnica de simulação na qual o aluno deveria experienciar por algum tempo o dia-a-dia de um portador de deficiência física: os alunos eram divididos em trios e deveriam contar uns com os outros, utilizando alguns materiais como ataduras, cadeiras de rodas, máscara de dormir, protetores auriculares, pesos de 2 kg, muletas, andadores, entre outros, deixando a pergunta: Como seria estar nesse lugar de dependência?

Outra atividade foi a análise do filme Intocáveis (2011), baseado em uma história real sobre o encontro de um homem rico, portador de tetraplegia completamente dependente de um cuidador para lhe alimentar, higienizar, fazer-lhe companhia etc., e o seu cuidador, um jovem, negro, pobre que, em virtude das poucas oportunidades decorrentes das desigualdades sociais, envolveu-se em atos criminais que o levaram à detenção, antes de se candidatar para a vaga de acompanhante. A relação que estabeleceram mudou a vida de ambos. Se o homem rico tinha uma vida abastada e, aparentemente, completa, porque a convivência com um homem tão diferente pôde proporcionar vivências tão benéficas, transformadoras e

enriquecedoras? Que correlações dessa experiência poderiam ser estabelecidas entre o médico e seu paciente? E com o estudante de medicina?

Por fim, nas atividades na comunidade, fizeram a coleta de uma entrevista com uma pessoa em situação peculiar de alteração ou limitação física, transitória ou permanente (deficientes físicos, auditivos, visuais, gestante, amputados etc.), seguindo um roteiro de perguntas abertas, depois de uma discussão em grupo, seguiu-se a apresentação em aula, sendo que uma das principais exigências era o relato dos alunos sobre o exercício de se colocar no lugar do outro. Uma das perguntas desse roteiro era sobre o papel do estudante, enquanto futuro médico, de informar ao paciente sobre seus direitos. Em geral, percebeu-se que as atividades de educação em saúde eram vistas como sendo destinadas aos outros profissionais não médicos. Uma pessoa em algum momento de sua vida estará diante de um médico, o que não acontecerá, necessariamente, em relação ao nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, entre outros. Esse fato denota a urgência de uma mudança na compreensão (ou um resgate) das tarefas de orientar e promover saúde como partes essenciais do ato médico.

O segundo portfólio objetivou retratar a síntese do trabalho realizado pelo estudante e autoavaliação de seu aproveitamento a respeito dos conceitos trabalhados durante o semestre (modelos de saúde, humanização, empatia). Fechou-se, assim, o primeiro período e a Psicologia Médica I.

Já no segundo período do curso, no componente curricular de Psicologia Médica II, a proposta de construção do terceiro portfólio apresentou mudanças qualitativas. A tônica passou a ser a relação médico-paciente, com especial ênfase no fato dela resultar do encontro entre duas pessoas e não entre uma doença e um médico reduzida a um técnico para diagnosticar e prescrever. O objetivo dessa concepção era romper a lógica de atendimentos centrados nas patologias e com a visão mecanicista e reducionista que tem predominado na assistência médica.

A análise do filme *O golpe do destino* (1991), fez parte das atividades práticas. Seu enredo contava a história de um médico bem-sucedido, cujas ações na assistência aos pacientes se caracterizavam pelo clássico distanciamento com o cliente. Ao descobrir em si um câncer de laringe e, em consequência, o enfrentamento do tratamento e da assistência, apresentou uma reação de estranhamento com a forma dos médicos lidavam com ele, na mesma lógica de impessoalidade típica que era também seu estilo. Essa experiência mudou a sua vida e, de um médico frio e

distante, ele se transformou em um médico humanista e passou a ensinar aos seus residentes essa forma de cuidado que só poderiam aprender vivenciando-a. Problematizava-se com o estudante: será essa a única forma de se tornar um médico humanista? Faz sentido essa expressão, médico humanista? Existe outra medicina não destinada a seres humanos que justifique essa expressão, medicina humanística?

Concomitantemente seguia-se ao estudo teórico sobre tópicos de importância no ensino da psicologia médica e seu potencial para mudar a prática médica, apresentando dados empíricos; trabalhavam-se itens referentes à psicologia da pessoa em adoecimento (estágios regressivos, desamparo, fragilidade, dependência); reações psicológicas do médico no desenvolvimento de seu oficio como médico; a consulta na perspectiva da psicologia médica; fatores psicológicos envolvidos na prática médica. Tinha-se como meta transmitir a compreensão de que o objetivo final de toda atividade médica seria realizar a medicina da pessoa, ou seja, o atendimento ao ser humano integral, enfermo em função de sua biografia e do mundo ao qual pertencia e se adaptava, e não em função da doença que apresentava. O homem não existe, ele coexiste (PERESTRELLO, 1974).

Para isso, baseando-se em Guedes (2003), definiram-se os pressupostos de que: o ser humano constitui-se desde o nascimento como um “todo” psíquico e somático; as manifestações relacionadas ao psiquismo estão intrinsecamente relacionadas às corporais, compreendendo que corpo e mente são indissociáveis; dessa forma, toda doença é entendida como psicossomática (abordagem integral); a doença deve ser vista como uma manifestação pessoal que se relaciona com a história de vida do enfermo (psicopatologia fundamental); o adoecer se expressa como conflitos internos, como a manifestação de uma disfunção existencial; a importância do médico escutar seu paciente é indubitável; a relevância de o médico investigar a história de vida do paciente e a sua biografia, para a compreensão do processo do adoecer, não pode ser desprezada; a relação médico-paciente só pode ser entendida a partir de uma concepção psicodinâmica; o paciente desenvolve sentimentos e atitudes em relação ao médico que estão relacionadas aos seus próprios modelos relacionais imersos em uma cultura; a pessoa do médico deve ser considerada como figura central no processo de cura de uma enfermidade.

Um dos equívocos que se tentou desfazer no ensino de psicologia médica, mais especificamente nesta etapa, foi sobre a necessária insensibilidade geradora do distanciamento, sem a qual o ato médico fica inviabilizado. Esta ideia baseou-se no

errôneo constructo de que um envolvimento com o paciente pode provocar-lhe sentimentos, como compaixão, por exemplo, e impedir sua efetividade. Para desfazê-lo, argumentos científicos advindos dos estudos da psicologia da percepção foram utilizados, para comprovar que o homem é, inerentemente, um ser sensitivo. A todo o momento o ser humano tem sensações, sente, toca, vê, ouve, cheira, movimenta-se, localiza-se e sobre essa base constrói suas percepções que, por sua vez, configura sua visão de mundo fundamentada naquilo que sentiu inicialmente. Portanto, a insensibilidade é uma falácia; o médico, como qualquer ser humano, sente, tem sensações; a forma como lida com elas é que determina sua conduta. Como você escolherá lidar com aquilo que, inevitavelmente, vai sentir diante dos pacientes?

Enquanto isso, os trabalhos no componente curricular de Saúde e Sociedade II também aconteciam: visitas domiciliares realizadas no território acompanhadas de tutores continuavam configurando-se como palco de reflexões sobre a ação, devendo necessariamente compor o PR que corrobora os novos paradigmas vigentes na educação e na saúde, propondo uma reflexão sobre os papéis dos estudantes e professores no processo educativo. Constituíam-se como instrumentos de diálogo entre os participantes desse processo e eram continuamente construídos, desconstruídos, reconstruídos na ação-reflexão-ação, por meio de opiniões e questionamentos partilhados, que retratavam diferentes modos de ver e interpretar o estudo, o trabalho, o mundo, a vida. Costa e Cotta (2014) afirmaram que o PR impulsionaria à tomada de decisões em um processo constante de autorreflexão, de ambas as partes, que indicariam pistas e hipóteses novas, capazes de reorientar o formando na construção de sua identidade profissional.

Por fim, o quarto e último portfólio, que marcou o encerramento das atividades de psicologia médica no curso, propôs como temáticas de estudo e prática: o projeto terapêutico singular, história clínica centrada no sujeito e Iatrogenia na prática médica. Seguindo no formato das etapas anteriores, ou seja, correlacionando o aprendizado teórico com as atividades práticas realizadas em campo, todos esses conteúdos confluíam para o mesmo ponto: a singularidade do caso clínico.

Como palco para as associações, foi proposto, também, a análise do filme *Amour* (2012), que, na contramão das produções fantasiosas e heroicas norte-americanas, das histórias de amor convencionais e pouco realísticas, essa produção francesa retratou o cotidiano de um casal de idosos em idade avançada, que sofreram com a perda da vitalidade, da saúde e das faculdades mentais. Consequentemente,

sociedade e família também não se interessavam por eles que passam a viver isolados em seu apartamento, tendo um ao outro como companhia para lidar com a proximidade da morte. O questionamento proposto foi: Como médico, que suporte você daria a essas pessoas com poucas possibilidades reabilitativas?

Os temas trabalhados ao longo destes dois períodos não eram entendidos em uma lógica de superação dos conteúdos. Ao contrário, a sua justaposição era uma realidade e uma necessidade para promover a necessária articulação e imbricamento que se verificavam na prática do médico. Por conseguinte, a elaboração do último PR objetivou a síntese do percurso de um ano de aprendizado destes conteúdos, incluindo, portanto, a autoavaliação do trabalho desenvolvido ao longo do ano.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O modelo de análise proposto por Boudon (2004, p. 69) e descrito no Capítulo 3, item 3.5, por meio da composição de uma figura esquemática denominada *Templum*, é um instrumento que permite articular as relações em oposição ou associação de modo mais detalhado, facilitando a visualização e a compreensão da análise, bem como favorecendo a discussão das informações coletadas durante a pesquisa (HALPERN, LEITE, 2014).

O método demonstrou eficácia diante do projeto de não trabalhar com categorias pré-estabelecidas, mas permitir a emersão de significados no decorrer do estudo. Assim, uma vez que os conceitos abordados, a princípio, não eram visibilizados, foi a partir da organização dos dados e de sua posterior análise que eles foram explicitados, contextualizados e articulados com outras categorias, propiciando a construção inicial dos diagramas-síntese, o surgimento de novas análises e a produção de um rico material de discussão tomado na perspectiva de rede de sentidos.

Assim três *Templa* foram construídos com base nos dados obtidos e passam a ser analisados neste capítulo.

5.2. PRIMEIRO *TEMPLUM*: CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA

O primeiro *Templum*, desenvolvido com base no tratamento dos dados, originou o diagrama-síntese ilustrado na Figura Nº 08, abaixo, e teve como **categoria-base** "Construção da identidade médica", escolhida mediante o fato de que, ao longo de sua jornada no curso de medicina, o estudante formava uma maneira de pensar e agir que norteará toda a sua conduta profissional futura. Apesar de não se finalizar com o término da graduação, em virtude de um dinamismo a ela peculiar, edifica seus fundamentos nesse momento inicial (HOIRISCH, 1992).

A categoria-base foi mediatizada por duas **meta-categorias** sobrepostas ao conjunto das seis dimensões que se entrecruzavam no *Templum*, em um percurso que ia de um extremo positivo a outro negativo e que, aqui, corresponderam aos modelos médicos que o estudante convivia conflituosamente durante o percurso de seis anos na graduação (posteriormente na residência e por toda a trajetória profissional nos locais de trabalho). A **meta-categoria positiva** indicou o modelo de **médico ideal**[68] trazido pelos estudantes na entrada do curso e que se colocava como uma alternativa ao modelo vigente no modo de uma contra-cultura. Este denominava-se "modelo biopsicossocial". A **meta-categoria negativa**, na qual se baseou o modelo de **médico real**, correspondeu ao padrão ainda hegemônico, denominado como "modelo biomédico" ou hospitalocêntrico, considerado na legislação como um paradigma com limitações para lidar com a complexidade dos problemas de saúde contemporâneos, mas ainda adotado em EMs, geralmente na forma de um currículo paralelo[69]. Ainda que em termos de racionalidade eles pudessem ser concebidos como excludentes, esses dois polos não seguiam um caminho linear, estanque, mas admitiam a existência de um entrelaçamento conflituoso em certas situações e contextos, provocando oscilações e ambivalências.

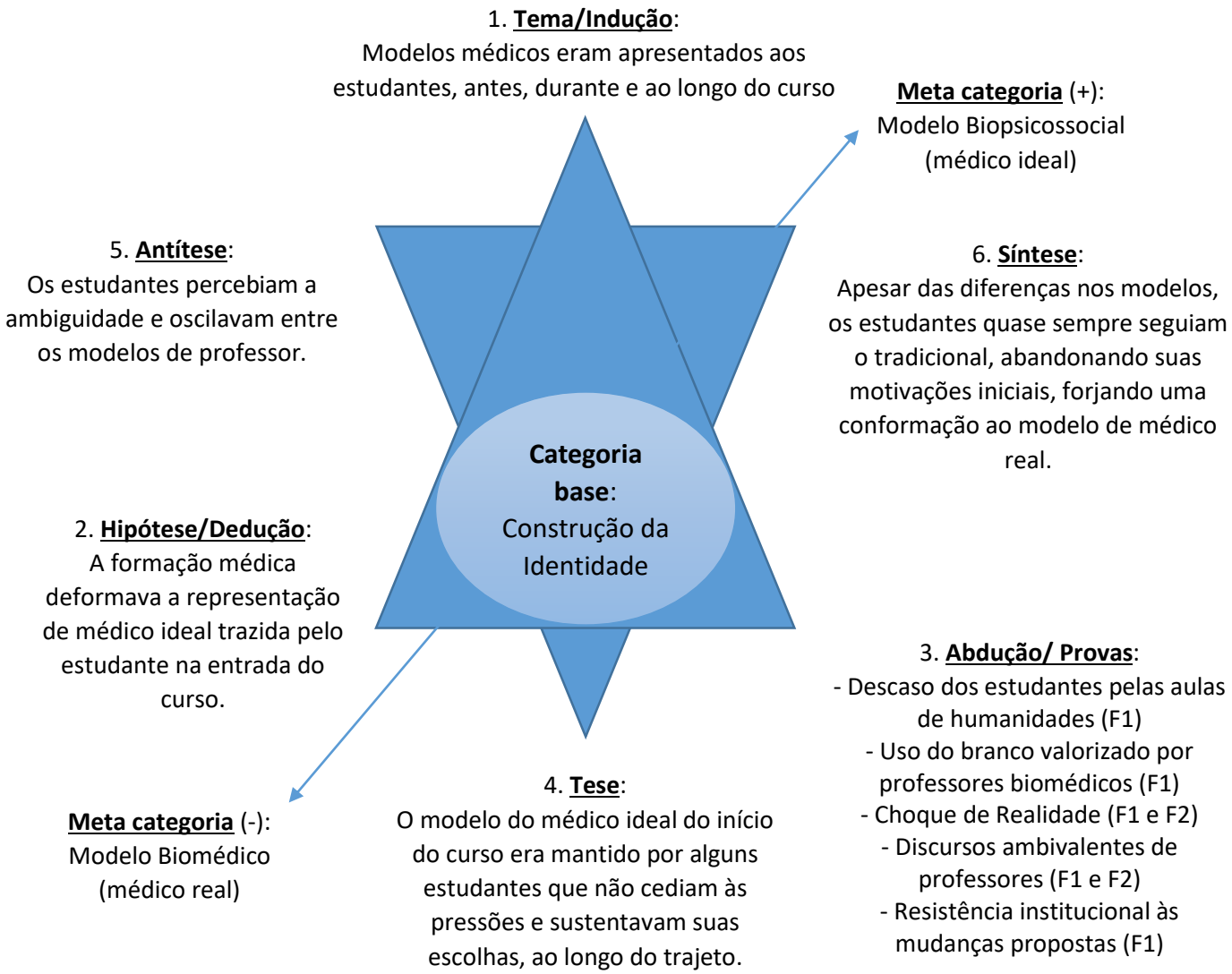
---

[68]As noções de médico real e médico ideal serão discutidas adiante neste mesmo tópico, à luz das teorias de Castoriadis (1982) e Gaulejac (1999).

[69] Currículo paralelo é uma expressão utilizada por pedagogos para designar um modo informal de lidar com o currículo prescrito, conceituado como "uma construção social da escola, um instrumento pelo qual ela delimita um espaço onde vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, com vistas a um processo de formação, em um determinado nível de educação escolar, durante certo período de tempo. Este espaço é configurado e constantemente reconfigurado, considerando-se o caráter dinâmico do conhecimento e da cultura que devem ser escolarizados, ante a formação do aluno para um conjunto de necessidades sociais" (BATISTA; BATISTA, 2004, p. 104).

O **tema** de análise, obtido por meio da indução, foi “Modelos médicos eram apresentados aos estudantes, antes, durante e ao longo do curso”, como uma representação fincada no imaginário social. Daí, deduziu-se uma **hipótese**: “A formação médica deformava a representação de médico ideal trazida pelo estudante na entrada do curso”. Dos dados coletados da OP em F1 e dos PRs em F2, as pistas **abduzidas** (**provas**) foram: (1) Descaso dos estudantes pelas aulas de humanidades (F1); (2) Uso do branco valorizado por professores biomédicos (F1); (3) Discursos ambivalentes de professores (F1 e F2); (4) Choque de Realidade (F1 e F2); (5) Resistência institucional às mudanças propostas (F1 e F2).

Figura Nº 08: *Templum* “Construção da Identidade Médica”



FONTE: Elaborado pela autora

Esta rede de sentidos se cruzou com outras pistas que estavam, concomitantemente, sendo tecidas nesse processo dinâmico, desvendando novos fatos e argumentos, e possibilitando o surgimento da **tese** que descortinou a seguinte premissa: “O modelo do médico ideal do início do curso é mantido por parte de alguns estudantes que não cedem às pressões e sustentam suas escolhas, ao longo do trajeto”. Como contra-argumentação, ou seja, **antítese**, as observações apontaram que, “os estudantes percebem a ambiguidade e oscilam entre os modelos de professor”. Por fim, a **síntese** da análise deste *Templum* comprovou a hipótese inicial de que “apesar das diferenças nos modelos, os estudantes quase sempre seguem o tradicional, abandonando suas motivações iniciais, forjando uma conformação ao modelo de médico real”. Ressalta-se, contudo, que este fato não pode ser extrapolado para todo o universo dos estudantes, mas para uma quantidade significativa deles.

Cada elemento do *Templum* será discutido e analisado a seguir.

CATEGORIA-BASE
“Construção da Identidade Médica”

Múltiplas dimensões estão envolvidas na decisão de ser médico. Desde o ideal de ajudar o próximo até a busca pelo poder, status social e bons rendimentos econômicos presentificam-se no discurso dos alunos de medicina: “*Eu nunca menti. Já tenho outra graduação. Vim fazer medicina para ganhar dinheiro. Por isso quero conciliar as duas coisas, ser educado com as pessoas e realizar meus sonhos pessoais*” (PRI, E 134).

Do ponto de vista da sociedade, espera-se do médico no exercício de sua profissão a conjunção de vários aspectos: competência técnica, experiência, associados a um atendimento cortês e humanizado. Diante disso, poderíamos dizer que na atualidade o médico passa por uma crise de identidade. Aquilo que lhe é exigido da sociedade, mais particularmente dos pacientes, nem sempre condiz com o modelo idealizado quando escolhe ser médico.

Essas crises acontecem ao longo do curso e a cada período apresentam-se de uma forma peculiar (MILAN; ARRUDA, 2008). No primeiro ano, por exemplo, é comum a crise pela entrada no anatômico e o choque para lidar com o cadáver, em especial para aqueles que nutriram o ideal de ser um médico direcionado ao ato de cura e vida e não de morte. Com frequência nessa fase inicial, os estudantes procuravam por apoio, como relatou um profissional em F1:

> *O dia que atendi uma estudante que tava mal, porque ela tinha sido chacota da turma... ela passou mal na aula de anatomia e começaram a dizer que ela não ia ser médica, naquele dia eu pensei: 'gente, que isso... que médicos estamos formando?' sabe...*

METACATEGORIAS POSITIVA E NEGATIVA

"Modelo Biopsicossocial" (médico ideal) / "Modelo Biomédico" (médico real)

Para efeitos de uma análise dinâmica da categoria-base (a construção da identidade médica), as metacategorias indicavam que tal categoria central oscilava ao longo de dois polos diametralmente opostos, de forma positiva e negativa. Nesse exame, a meta-categoria negativa correspondeu ao modelo biomédico como médico real e a positiva, ao modelo biopsicossocial como médico ideal. Para desenvolver essa postulação, recorreu-se a Castodiadis (1985/1975) e suas concepções sobre sociedade imaginária, que diz respeito a forma como o sujeito a vê e age sobre ela, visando a transformação social. Leite (1991) baseou-se nesse conceito para pensar a "escola imaginária" como aquela utópica e desejada, mediante a realidade de uma outra com nítidas marcas de "falência educacional" (p 101). Para a autora, a escola seria um "espaço de luta" e criação de novas realidades (p. 102). Apoiando-nos nessas formulações, foi possível postular que o jovem estudante de medicina chega a graduação cheio de sonhos e expectativas e, no desenrolar do curso, poderá construir sua identidade médica com base em ideações em torno do que aqui se denominou "**médico ideal**".

Tais ideações coincidiam com a formação pretendida, baseada no paradigma **biopsicossocial** e fundamentada no conceito de saúde da OMS, pressupondo o envolvimento do profissional na produção de saúde de forma altruísta. Apresentava-se como alternativa à biomedicina e mais apropriado ao enfrentamento das complexas demandas que emergiam no campo da saúde, tal como afirmado em trabalho anterior (MELLO et al., 2012). Era um modelo que:

> Além de considerar e compreender as dimensões física, psicológica e social, proporciona uma visão integral do ser humano e, quando incorporada à formação do médico, aponta para a necessidade de que o profissional se mantenha em um processo constante de formação, para além do aprendizado técnico e do aperfeiçoamento das habilidades instrumentais. As capacidades relacionadas também evoluem e permitem ao médico estabelecer vínculo e comunicação adequados e efetivos (MELLO, 2010, p. 106).

Na concepção de Castoriadis (1985/1975), tal como comentado por Motta (1983), autonomia e desejo seriam “palavras-chave de um velho e novo projeto, cuja utopia, no sentido de impossibilidade, não cabe mais seriamente na cabeça de ninguém, a não ser nas daquelas que vivem do poder, do instituído” (p. 81). Nesse caso, as ideias de “médico ideal” seriam para o estudante algo desejado a priori, um imaginário inicial que serviria de apoio para uma construção simbólica, tal como postulada por Castoriadis (1985/1975):

> As profundas e obscuras relações entre o simbólico e o imaginário aparecem imediatamente se refletirmos sobre o seguinte fato: o imaginário deve utilizar o simbólico, não somente para “exprimir-se”, o que é obvio, mas para “existir”, para passar do virtual a qualquer coisa a mais. (...) Mas também, inversamente, o simbolismo pressupõe a capacidade imaginária, pois pressupõe a *capacidade de ver em uma coisa o que ela não é, de vê-la diferente do que é* (p. 154 – grifos nossos).

Em um momento primevo, vários deles mencionavam seus sonhos, inclusive de fazer parte do projeto “Médicos sem fronteira”, tendo o médico ideal como aquele que cuida de pessoas. Esse desejo era reportado nas primeiras aulas de psicologia médica em F2, quando o professor lhes alertava sobre a existência de uma força que tentaria transgredir essas motivações iniciais. Isso foi demonstrado no BS construído no primeiro dia de aula, descrito no Capítulo 4.

Em contraposição, a meta-categoria negativa foi de **médico real**, articulada com o **modelo biomédico**, baseado em um tipo de racionalidade consagrada a partir do advento científico e fundada em cinco princípios e três características, descritas no Capítulo 4. Com base neste enunciado, percebeu-se a existência de um simbolismo neste modelo médico, repleto de sentidos, supondo uma neutralidade perfeitamente compatível com a funcionalidade institucional da assistência à saúde. No entanto, Castoriadis (1985/1975) defendeu que isso é inadmissível:

> O simbolismo não pode ser neutro, nem totalmente adequado, primeiro porque não pode tomar seus signos em qualquer lugar, nem pode tomar quaisquer signos. Isso é evidente para o indivíduo que encontra sempre diante de si uma linguagem já constituída e que se atribui o sentido “privado”. (...) A sociedade constituiu sempre uma ordem simbólica num sentido diferente do que o indivíduo pode fazer. Mas essa constituição não é livre.

A identidade médica baseada nesse tipo de racionalidade consolidava uma forma simbólica de pensar e atuar autonomizada, que dissociava o doente da doença,

ocupando-se apenas dessa última, reduzindo-o a um técnico que se tornava um burocrata ao trabalhar somente com prontuários e não com pessoas, com prescrição de medicamentos e não com uma terapêutica contextualizada na história de vida dos pacientes:

> O simbolismo determina aspectos da vida, da sociedade (e não somente suposto determinar) estando ao mesmo tempo, cheio de interstícios e graus de liberdade. Mas essas características do simbolismo, se indicam o *problema* que constitui, para a sociedade, a natureza simbólica de suas instituições não fazem disso um problema insolúvel e não são suficientes para explicar a autonomização [do sujeito] relativamente à sociedade" (CASTORIADIS, 1982/1975, p. 146 e 152 – grifos do autor).

Os dados coletados em F2 permitiram captar como o estudante se via diante de uma discrepância: a realidade em que estava inserido repleta de problemas de origem psicossocial, e a percepção de si mesmo desprovido de uma forma de pensar integrativa que lhe possibilitasse atuar de modo mais resolutivo na comunidade: "*Confesso que por mais que os textos falassem de maneira clara sobre o tema, a aplicação é bem difícil. O modelo médico institucional e hospitalocêntrico é forte. É preciso absorver e aplicar todos os conceitos humanísticos e humanizadores*" (E160, PR1). Outro estudante mencionou:

> *Pude perceber que para aplicar tudo isso que aprendi terei grandes desafios entre eles, o estereótipo da profissão, o dia a dia carregado, a necessidade de lidar com meu próprio psicológico diante das situações. Talvez o maior desafio seja criar no profissional um interesse verdadeiro pelo seu paciente. Uma tarefa não muito fácil, pois é vista, nos dias atuais, que o individualismo sempre prevalece, inclusive em formações acadêmicas (E104, PR 4).*

Baseando-se nesses postulados Gaulejac (1999 apud LEITE, 2008) propôs a análise dos conflitos entre as identidades prescrita, sonhada e adquirida. A primeira traria consigo o peso do contexto e da história familiar, a estrutura genealógica como um lugar dado ao sujeito ao nascer. A segunda, por sua vez, emergiria nos tempos de vida que "reconstroem passado, suportam o presente e colorem o futuro" (LEITE, 2008, p. 15). Por fim, a terceira, seria aquela que apontaria para o que foi possível ao sujeito construir com base em sua história de vida.

Sobre a identidade sonhada, Botelho et. al. (2015) afirmaram:

> Há muita ambiguidade na solicitação a 'ser você mesmo'. Este convite contém, implicitamente, um modelo de conduta, um ideal de comportamento.

> E quanto mais este modelo é difícil de atingir, mais pode estigmatizar os que não chegam lá. Na separação entre este 'eu mesmo' que é preciso encontrar a identidade que a sociedade lhe confere, o sujeito é convidado a fazer um trabalho para se transformar, 'se realizar' (p. 11).

A análise do material de campo permitiu percebeu essas conexões teóricas e a dinâmica vivenciada na construção da identidade médica pelo estudante. Ou seja, a identidade prescrita ("ele(a) será médico(a) quando crescer"); a identidade sonhada ("eu vou ser médico"); a identidade adquirida ("serei o médico que posso e desejo ser"). Também foi possível postular que o modelo biomédico se identificava com as características médico real, dessa identidade que é transmitida pelo outro, que já estaria aí, enquanto que o modelo biopsicossocial, contra-hegemônico, estaria mais próximo da subversão própria do médico ideal.

TEMA/Indução

"Modelos médicos eram apresentados aos estudantes, antes, durante e ao longo do curso".

O tema, como ponto de partida, estruturou-se com base na categoria e nas metacategorias envolvidas na construção da identidade: o material colhido nas observações e nos relatos dos alunos nos PRs demonstrou que havia uma concomitância de modelos vivenciados cotidianamente. Por um lado, existia uma formação preconizada na legislação, de caráter generalista, ética e humanista, com enfoque na atenção básica, ainda imaginária e desejada por gestores, professores e profissionais médicos e não médicos envolvidos com essa forma de pensar e atuar. Por outro, achava-se mentores que também participavam da proposta, mas que consideravam que se tratava apenas de uma ideologia bonita e fantasiosa, de um simbolismo que ser médico seria se ocupar de questões complexas relacionadas ao corpo, ao organismo (resumidas em anatomia e fisiologia, no ciclo básico, conteúdos altamente valorizados por este grupo).

Em F1, os monitores dessas disciplinas clássicas marcavam horário de atendimentos concomitantemente às aulas de humanidades e pediam aos professores para abonarem suas faltas. Em F2, condutas semelhantes aconteciam: um grupo, certa vez, solicitou liberação para ir para a aula de bioquímica onde estava havendo uma revisão de conteúdos e que eles julgavam mais importantes do que as aulas de psicologia médica. Nos PRs os alunos faziam uma nítida distinção entre o

que faziam atualmente na atenção básica, igualando suas condutas a de um psicólogo que só escuta e que quando passasse para períodos mais adiantados iriam poder fazer “coisas de médico”.

A estruturação das matrizes curriculares mantinha uma maciça carga de conteúdos biomédicos, nas faculdades pesquisadas, que demonstraram a lógica atual dos cursos, em detrimento a outros advindos das ciências sociais, humanas e da saúde coletiva, deixando a cargo de cada professor a decisão de forjar o caráter humanístico e ético, o que alimentava o currículo paralelo.

HIPÓTESE/Dedução

“A formação médica deformava a representação de médico ideal trazida pelo estudante na entrada do curso”.

O norteamento deste estudo referiu-se à suposição de que durante o percurso de formação o desejo inicial do estudante era deformado por um modelo de médico não desejado. Nem por isso pôde-se afirmar que esta era uma realidade totalmente desconhecida: nas duas instituições, alunos relatavam eventos em que procuravam por assistência médica e não se sentiam bem atendidos e que ouviam de outras pessoas (familiares e amigos) terem vivido experiências semelhantes.

Deduziu-se a hipótese de que havia um movimento que capturava o estudante, (de)formando suas concepções imaginárias e conformando sua identidade profissional futura, nem sempre por um caminho que pudesse ser considerado salutar. O sujeito que escolheu a medicina como profissão adentrou e passou a manter relações com um universo pré-existente a ele, mas que, rapidamente, o absorvia e o transformava em um profissional comprometido menos com a saúde do que com as doenças, desatento às pessoas e apegado às suas próprias técnicas. Não raramente, o ideal que estava presente no sonho de ser médico – salvar vidas, cuidar de pessoas – deformava-se e era conformado à realidade da medicina atual – tecnicista, cartesiana, capitalista (que a transformou em mercado e mercadoria), ainda amarrada nos princípios pedagógicos, clínicos e mecanicista do século XVIII. Na contemporaneidade, porém, sendo a máquina mais sofisticada não eliminou a forma reducionista de ensino e atuação.

ABDUÇÃO/Provas

Cinco provas foram abduzidas dos dados com o objetivo de corroborar a hipótese. Elas foram organizadas e serão apresentadas separadamente para facilitar o processo de análise, embora, na prática, estejam entrelaçadas.

(1) Descaso dos estudantes com as aulas de humanidades (F1)

Esta primeira prova foi mais contundentemente observada em F1, pela conduta de banalização de docentes que valorizavam a biomedicina e reduziam a humanização ao protótipo do médico bonzinho. Apesar de ser uma conduta muito comum nas práticas em saúde, tem sido amplamente questionada: o documento base das políticas de humanização, logo nas primeiras páginas, atribuiu uma definição técnica de humanização da saúde, procurando desfazer esses equívocos:

> Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL/MS, 2003c, p. 8-9).

Atrelada à conduta dos professores, estava à dos alunos, especialmente aqueles de períodos mais avançados que, de igual modo, banalizavam as aulas, tidas como menos importantes em comparação com outras que ocupavam a dimensão especificamente biológica. Isso foi observado nas condutas de estudantes que agendavam horários de monitoria concomitantes aos das aulas de humanidades. Assim também no relato da observação participante sobre a aula de um professor convidado que chorou na apresentação de seu estudo, ao rever a imagem de um bebê de oito meses que faleceu sob seus cuidados, pois imaginariamente deveria fugir do sofrimento da morte. Era preferível para boa parte da turma o uso de seus aparelhos digitais para jogos e conversas, já que ali não haveria um conteúdo a ser cobrado de uma forma tradicional. A forma avaliativa daquele encontro seria uma reflexão sobre a temática abordada (nesse caso, um estudo sobre o conceito de normatividade aplicado a situações de bebês em tratamento intensivo), que envolvia as construções do aluno em torno do que foi trabalhado.

Essa dimensão subjetiva que se pretendia explorar, pela sua riqueza de sentidos e significados determinantes de condutas, era relegada ao plano do achismo:

era-lhes difícil compreender que, apesar de um conhecimento diferente dos que estavam acostumados a estudar, os campos sociais e humanos também eram ciências, havia saberes consolidados sobre as questões referentes às pessoas e à subjetividade. O descaso levava a uma postura de não querer saber sobre o assunto, não explorar aquele universo.

(2) Uso do branco valorizado por professores biomédicos (F1 e F2)

A valorização do uso do branco, desde o primeiro ano, por professores biomédicos foi a quarta prova abduzida do material coletado. Em F1, esse tema aparecia em várias ocasiões, como no conselho de classe, quando a discussão sobre as preocupações de alguns docentes com a formação ética do estudante foi reduzida ao uso do branco, confundindo a representação de cura, poder ou autoridade com o plano da ação em prol do bem comum. Desvirtuando a discussão que deveria seguir em torno das motivações para ser médico, os determinantes que utilizavam para orientar os comportamentos dos alunos demonstravam pouco compromisso com o outro que estaria sob seus cuidados, ou que tipo de princípios e valores estavam sendo embutidos nas condutas de distanciamento em relação aos pacientes e, em última análise, à desimplicação com sua própria formação.

Em F2, essa figura também apareceu no BS de uma das aulas de Psicologia Médica e nos PRs, em referência à ideia do médico no imaginário social como alguém que curava ou resolvia os problemas:

> *O fato [de usar] do jaleco branco na rua, chama atenção dos moradores, o que me lembra de um episódio, ainda no começo do ano, eu voltando de uma visita com meu amigo "...", encontramos um senhor mancando, que por vê que a gente estava vestido de jaleco, pediu ajuda, ele tinha dificuldade em dobrar a perna, e nós, chamamos o nosso tutor "...", que (...) instruiu aquele cidadão da melhor forma possível e nem se tratava de uma visita domiciliar, fiquei feliz ao poder ajudar o próximo e de uma forma aleatória, na rua (E 162, PR 3).*

(3) Discursos ambivalentes de professores (F1 e F2)

A terceira prova referiu-se aos discursos dissonantes e ambivalentes dos professores em relação à formação do médico. Enquanto que os que ministravam aulas de humanidades trabalhavam com teorias e práticas relacionadas às tecnologias leves (relacionais e éticas), outros de disciplinas biomédicas mantinham

um discurso diferente. “O professor de clínica médica disse que é uma bobagem e uma perda de tempo as aulas de humanidades; nós vamos aprender humanização com ele no hospital” (fala de um estudante de 5º período, após uma aula de humanidades em F1).

Ainda em F1, uma estudante do terceiro período procurou pelo Serviço quando um paciente chorava em sua presença. Temia compadecer-se dele e não saber o que fazer. Relatou ter procurado por um professor de conteúdos biomédicos e ele lhe deu uma orientação, causando-lhe estranheza: “*ele me disse para eu me dirigir ao paciente com um olhar firme, até que ele parasse de chorar, mas eu resolvi vir aqui e perguntar a vocês se é isso mesmo*”. O que foi trabalhado com a aluna naquele dia girou em torno de um questionamento: “como espera que suas lágrimas sejam tratadas?”.

Em F2, constatou-se também ambivalência em um nível institucional de caráter geral: uma proposta acadêmica baseada nas DCNs (BRASIL, 2014) incentivava um modelo de atenção integral à pessoa humana, paralela a certas posturas de professores médicos, enraizadas em um protótipo de comportamento distante e descomprometido com as pessoas, suas necessidades e absolvido pelo tratamento de doenças, bem como seduzido pela tecnologia e técnicas de cura. Questionando essa realidade, um aluno afirmou no PR: “*Não me importo que digam que serei médico de ‘postinho’, igual ao professor “X” disse nas aulas, decidi que quero ser médico de gente. Ponto*” (E134, PR2).

(4) Choque de realidade (F1 e F2)

A quarta evidência referiu-se ao choque de realidade do estudante ao adentrar no curso médico e enfrentar algumas situações, que podiam ser consideradas como típicos processos de violência silenciosa. O ingresso no anatômico no primeiro período seria um deles como foi verificado nas observações e no estudo de Milan e Arruda (2008). Muito criticado pelas novas propostas de transformação da educação médica e de reformulação dos currículos, o ensino de anatomia, por tradição, acontecia em laboratórios com bancadas que possibilitavam o treino de dissecação de cadáveres. Esse momento crucial chocava o estudante que nutria o sonho de cuidar de pessoas, posto que esse contato só aconteceria mais adiante nas grades curriculares tradicionais, como é o caso de F1. Fato que tem sido alvo de críticas de

vários segmentos, inclusive da ABEM desde a década de 1990. No SEPASE (F1)[70] vários estudantes eram atendidos por este mesmo motivo, geralmente mulheres[71], tinham reações ao ser colocadas diante daquela realidade. O problema maior eram as consequências para o estudante quando se tornava público, sendo o mais intrigante a conduta do professor descrita em uma discussão de caso com de profissionais de F1:

> *A menina parecia uma vela de tão branca, tava na maior crise, achando que tava perdendo tempo, jogando a vida fora... o que é que tem ela desmaiar na primeira vez? Ela pode superar... mas, sei lá... pra que dizer isso pra garota, que ela não serve pra ser médica... Eu fiquei me perguntando se era o contato com o sangue ou com um corpo morto que diz se o cara é médico ou não, será que é só isso? Será que o ser humano é só sangue e morte? Como é que pode isso?*

Alguns eram qualificados como fracos e sua vocação era questionada, pois o verdadeiro médico deveria suportar as adversidades. Essa foi uma das razões pelas quais F2, desde a implantação do curso, deixou anatomia para o segundo período, levando o estudante inicialmente para as comunidades, deslocando o choque inicial para outra questão: se em F1 os problemas do aluno dos primeiros períodos colocavam em xeque sua vocação médica, em F2, as indagações diziam respeito ao que seria ou não “coisas de médico”. Já capturados pela representação de médico como doutor bem-sucedido, alguns mencionavam que não queriam ir para a comunidade, pois não iriam trabalhar com isso. Os PRs de um estudante demonstraram essa realidade: no PR1, ele apresentou uma reflexão toda baseada em críticas dirigidas a estruturação da faculdade, do absurdo que era expor o aluno ao trabalho de campo. Ao chegar no PR4, temendo uma suposta reprovação, tentando disfarçar o que realmente pensava, defendeu o modelo biopsicossocial e, ao fazê-lo, confundiu-se reduzindo a questão relacional ao diagnóstico: “É importante ressaltar que não há uma generalização, mas realmente muita das vezes falta no profissional o olhar ampliado, um fato que não preza apenas por valores éticos, mas buscando melhorar a eficácia do diagnóstico” (E117, PR4).

---

[70] Acima, um relato de um profissional foi tomado para respaldar o tema deste *Templum*, embora se aplique também a esta circunstância.

[71] As questões de gênero, apesar de muito acentuadas, não serão discutidas nesse trabalho, para evitar o risco de torná-lo demasiadamente longo.

Outra situação, por sua vez vivenciada em F2, dizia respeito ao choque de realidade em relação à situação das comunidades. A ênfase em colocar o estudante, em estágios precoces, em contato com a realidade de pessoas vivas, tinha como consequência direta que eles eram levados para o território para fazer o mapeamento do local e conhecer a realidade da população. Em uma das visitas relatadas nos PRs, eles foram colocados diante de uma realidade nada habitual para eles, um caso de risco social e vulnerabilidade extremos:

> *A visita realizada gerou comoção e perplexidade dos alunos e do professor. Diante disso, uma série de reflexões acerca daquela condição da família e sobre as disciplinas de SUS e Psicologia Médica foram levantadas. No que tange a primeira análise foi possível afirmar com veemência que as condições encontradas são desumanas, que aquela família é um exemplo de vulnerabilidade e ausência da assistência pública, social e de saúde (...) os determinantes sociais no caso concreto, que, embora, o SUS, por meio do PSF, apresente-se como uma estratégia exemplar no plano teórico, é necessário ampliar, intensificar, aprimorar e relacionar suas medidas em uma perspectiva estratégica (E128, PR3).*

Neste caso, o estudante associou o distanciamento entre as propostas das políticas atuais em relação à realidade da população. A partir dessas colocações, trabalhou esse choque inicial através das propostas reflexivas sobre o papel do médico na transformação dessas realidades e a pertinência das vivências do profissional em formação:

> *Apesar de a realidade da saúde do país se distanciar da sua teoria, me sinto responsável, junto de meus futuros colegas de profissão, por fazer o possível para que o meu atendimento às famílias seja produtivo, harmonioso e terapêutico, independente da situação que enfrentarei em, hospitais, postos e ambulatórios, reconheço que não mudarei o mundo, mas se eu for capaz de mudar o mundo de alguém, terei a certeza de que escolhi o caminho certo a ser percorrido (E132, PR3).*

Por fim, esta abdução permitiu o questionamento quanto à relação entre sofrimento e violência silenciosa: era possível perceber que o contato com aquela realidade causava algum tipo de sofrimento no acadêmico; no entanto, inerente à vida humana, não pode ser negado ou evitado, posto que em algum momento ele irá se impor. Por sua vez, toda forma de violência é evitável, inclusive a silenciosa. Desse modo, o desenvolvimento da pesquisa colaborou para o entendimento de que lidar com a realidade alheia, em muitos casos bastante diferente da maioria dos alunos provenientes de classe média, média alta e alta, causava sofrimento, mas não poderia

ser necessariamente considerado uma violência. Enquanto que certas condutas, geralmente desnecessárias, que o acentuavam ou exacerbavam poderiam ser evitadas, mas, ao contrário, em algumas situações, colaboravam para acentuá-lo. Em um dos congressos da ABEM que a pesquisadora participou, um professor chegou a mencionar: “a medicina envolve algum nível de sofrimento, mas não é e não pode ser papel da graduação exacerbá-lo”.

(5) Resistência institucional às mudanças propostas (F1 e F2)

Esta quinta prova acabou por sintetizar as anteriores, pois todas elas faziam parte de um mesmo panorama, embora sendo mais visibilizada em F1, posto que pôde-se acompanhar os alunos até o último período do curso. Nas observações apresentadas no Capítulo 4, algumas formas de resistência foram encontradas e relatadas. A primeira disse respeito aos obstáculos colocados a aberturas de novos cursos na área de saúde em F1. O curso de medicina, além de mais rentável era mais disputado e, portanto, com uma procura maior (colaborando para manter a ideia de recursos maiores no campo médico e de que os outros cursos dariam prejuízo). Mais valorizado socialmente, colaboraria para manter a posição de destaque da instituição na comunidade local. Implícita a esta questão, também estava a posição simbólica de superioridade, alimentando a hierarquia imaginária que se verificava nos serviços de saúde: nas reuniões de equipe e discussão de casos clínicos raramente contava-se com a presença do médico (MEHRY; ACIOLE, 2003).

A segunda resistência, verificada em F1 e F2, relacionava-se com a rigidez no modelo didático-pedagógico, as mudanças propostas pelas DCNs (BRASIL, 2001a; 2014) e o perfil de egresso delimitado, envolvendo diretamente alterações no padrão educativo e na prática docente centrada muito mais no aprendizado do estudante voltado para o SUS do que nos conteúdos e métodos biomédicos adotados tradicionalmente nas EMs. Como resultado, havia um conflito velado entre o imaginário e o real (CASTORIADIS, 1985/1975) nas formas pedagógicas utilizadas nas aulas e as propostas de transição de modelos da nova gestão.

A terceira forma percebida foi a ambivalência de realidades, descritas no capítulo anterior deste trabalho, que pôde ser correlacionada com a reprodução das práticas profissionais nos cenários de saúde, onde a supremacia médica somada a um comportamento de onipotência (que levava a um falso sentimento de controle) resultava em ações unilaterais votadas para a doença, desconsiderando o trabalho de

equipe e os efeitos dessa configuração para o campo como um todo: baixa resolutividade dos casos atendidos, fragmentação dos processos de trabalho, insatisfação generalizada etc. Seguia-se essa lógica rotineiramente e somente quando aconteciam agravos ou escândalos buscava-se por sanar a situação. Atuava-se de forma paliativa, pouco voltada à promoção da saúde ou à prevenção de morbidades.

Um quarto tipo dizia respeito à conduta dos veteranos em rejeitar mudanças em torno da questão do trote vexatório, em F1. Nessa realidade, de representações e ideologias implícitas que direcionavam as práticas de cuidado, estava inserido o estudante em formação que, por meio de uma exigência de gerar um perfil humanístico tentava, no mínimo, problematizar a situação e propor a reflexão sobre os modelos e a escolha possível diante deles. Preterir a recepção solidária significava o apego ao comportamento de pouca empatia que se revelavam ao longo do curso através de condutas estereotipadas de distanciamento.

TESE

“O modelo do médico ideal do início do curso era mantido por parte de alguns estudantes que não cediam às pressões e sustentavam suas escolhas, ao longo do trajeto”.

As categorias analisadas foram reanalisadas por outras três, presentes em um triângulo invertido do *Templum*, ratificando ou negando os resultados até então apresentados, em uma alternância argumentativa.

O questionamento das provas levou à enunciação da **tese** sobre a persistência do desejo de alguns estudantes em manter o modelo do médico ideal trazido desde sua escolha pelo curso, não cedendo às pressões e sustentando suas escolhas ao longo do trajeto. Em F1, apesar de um número muito pequeno de alunos que reconheciam a necessidade de aliar diferentes tecnologias de cuidado (MERHY; FRANCO, 2013), alguns resistiam à influência maciça da biomedicina e continuavam mantendo suas convicções. Foi o caso do estudante que procurou por ajuda e permaneceu em psicoterapia ao longo do curso para firmar sua convicção, tal como relatado anteriormente.

Em F2, um estudante mencionou no PR:

> O ideal, muitas vezes, é perdido durante o curso de Medicina pelo fato de que as propostas financeiras são tentadoras e a fala de que 'ser frio' é importante. A medicina científica deve estar lado a lado com a humanista, até porque estamos lidando com seres humanos (E 108, PR1).

Destarte toda a influência da biomedicina, houve um relato biopsicossocial:

> *Agora sei, mais do que nunca, que não há como não se envolver, manter-se distante. Aprendi que "ouvir" é imprescindível para que se possa "fazer". Descobri que posso fazer mais pelas causas que defendo. Tenho esse terrível defeito, ou qualidade, depende do ponto de vista, de defender as causas que acredito. E essa é uma bandeira que estou apta a segurar a partir de hoje: a figura do médico distante, que não fala, não interage e não escuta o seu paciente, deve ser para sempre sepultada por todos os que aspiram ser bons médicos (E132, PR2).*

ANTÍTESE

"Os estudantes percebiam a ambiguidade e oscilavam entre os modelos apresentados pelos professores".

Como contra-argumentação à tese e, baseando-se nas provas, compreendeu-se que talvez não fosse possível generalizar a todos os integrantes do contingente investigado um conflito em relação aos modelos de saúde. A despeito dessa constatação, em ambos os campos, muitos estudantes relataram suas percepções em relação às condutas polarizada dos professores. Acima foi mencionado o comentário de um estudante no seu PR a respeito de uma fala de um docente, reduzindo a figura da MFC a "médico de postinho". Enquanto que, por outro lado, outros, ao validarem os conhecimentos das tecnologias duras (MERHY; FRANCO, 2013), ressaltavam que a apreensão destas não invalidaria a investigação dos contextos sociais e os determinantes dos processos saúde-doença.

A proposta pedagógica e metodológica das DCNs (BRASIL, 2014) caminhava muito mais na direção da integração curricular do que na disputa entre os modelos. No entanto, como um efeito da biomedicina, havia dificuldades dos próprios professores em transformar essa proposta em realidade. Uma justificativa para isso, era que o próprio professor foi formado em uma perspectiva biomédica, flexneriana e tendente ao especialismo, fazendo com que integrar fosse uma utopia. Como resultado, os estudantes percebiam certas discrepâncias na visão e nas condutas docentes, o que se pôde verificar na observação feita em F1, apresentada anteriormente na prova número 3, quando um estudante procurou ajuda após o

estranhamento em relação à indicação recebida de ignorar o choro do paciente e continuar o atendimento até que ele parasse. Essa forma de agir opunha-se ao que era ensinado nas aulas de humanidades e essa discrepância era percebida, daí a pertinência do questionamento para enfatizar seu potencial de escolha diante dos modelos apresentados.

SÍNTESE

“Apesar das diferenças nos modelos, os estudantes quase sempre seguiam o tradicional, abandonando suas motivações iniciais, forjando uma conformação ao modelo de médico real”.

A síntese representou o conjunto de tudo o que foi analisado até o presente momento, confirmando a hipótese inicial de que havia uma força no modelo biomédico vigente que dominava o desejo inicial do estudante e lhe conformava à realidade por meio de processos de violência silenciosa. Muitos estudantes, apesar de compreenderem a influência dos fatores ambientais na construção de identidade médica no decorrer do curso, a partir das reflexões propostas nos atendimentos e nas aulas, cediam às pressões e seguiam com condutas biomédicas. “*No começo é assim mesmo, depois mudam, eles chegam ao terceiro ano e já incorporam a imagem do doutor Deus, nem ouvem mais o que temos para falar de humanidades, acham que isso é bobagem*” (Relato de um profissional da equipe do SEPASE, em F1, constatando a modificação do médico ideal em real).

A síntese revelou que, embora os sujeitos pesquisados tivessem oscilado entre as metacategorias positiva/negativa, houve uma atração maior em direção à metacategoria negativa. Logo, as observações sugeriram que a maioria dos estudantes tendia a desenvolver uma identidade médica muito mais condizente com o modelo de médico real, cedendo aos seus próprios desejos e construções singulares em torno da biomedicina.

Assim, as provas abduzidas corroboraram a hipótese de que havia uma deformação no desejo do estudante. A formação os incentivava a seguir padrões estabelecidos e assimilar o tipo de médico real, quando se leva em conta a categoria-base da identidade médica como perpassada e resultante de uma construção social e institucional. Embora alguns alunos resistissem a seguir a tradição médica (tese) e houvesse estímulo para o distanciamento deles de sua própria pessoa representado

pelas condutas ambivalentes entre os professores (antítese), dentro e fora da instituição, haveria certa margem para afirmar que muitos aceitavam o modelo imposto (síntese) e poucos escolhiam manter suas convicções iniciais em torno do modelo de médico ideal.

Pareceu haver um efeito coercitivo/permissivo simultâneo sobre as práticas docentes, que agia de modo insidioso e diversificado, fazendo-se presente em diferentes momentos, mais para conformar o estudante a uma realidade de sofrimento do que acolhê-lo em suas questões. A existência dessas condutas paradoxais que, ao mesmo tempo, incentivavam a manutenção do modelo tradicional e, em contraste, chocavam com uma realidade institucional autonomizante, subtraindo as balizas que lhe serviam de orientação e proteção.

Em suma, as vozes discentes podiam ajudar a elucidar nuances importantes da ambivalência de modelos durante a formação e as oportunidades de escolher entre eles tinham um papel central na construção da identidade médica: o conflito nesse potencial de escolha poderia ser decisivo ao desenvolvimento progressivo de práticas nocivas à saúde mental. A conduta de preconceito em relação à procura por ajuda profissional levou à suposição de que estudantes que não verbalizavam ou sinalizavam suas dificuldades podiam estar igualmente vulneráveis aos efeitos maléficos da formação. Vale ressaltar que, em F1, foi a ação drástica de um estudante cometendo suicídio que levou à reformulação do serviço. O ato de tirar a própria vida foi silencioso até a sua consumação, porém não se pôde afirmar que ele não apresentava sinais de sofrimento anteriormente que seguiam imperceptíveis. Acreditava-se que medidas preventivas e protetivas à saúde mental do estudante poderiam minimizar perdas humanas e materiais durante a formação.

5.3. SEGUNDO *TEMPLUM*: MEDICINA COMO SOFRIMENTO

A **categoria-base** que deu origem ao segundo *Templum*, diagrama-síntese ilustrado na Figura Nº 09, foi "Medicina como Sofrimento". Esta categoria emergiu do trabalho de campo, à medida que se percebeu discursos similares que equiparavam a vida de médico ou a escolha por essa profissão a um destino que levaria a lidar com o sofrimento, ao mesmo tempo sofrer, sendo a graduação o período para desenvolver esse *habitus*[72].

O **tema** de análise foi obtido por meio da indução: "Dinâmica bem-estar / mal-estar", a partir dos dados coletados na pesquisa bibliográfica e da delimitação desse conceito de saúde mental para nortear a pesquisa, baseado em Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) Amarante (2007) e Almeida Filho (2011). Na pesquisa de campo, foi possível perceber que no dia-a-dia dos estudos, o aluno adotava condutas para lidar com o movimento que se tecia entre frustrações e realizações próprias do seu cotidiano. Por sua vez, a **hipótese** deduzida foi a de que "O risco do sofrimento fazia parte do cotidiano dos estudantes, era reproduzido e reforçado no discurso de médicos e professores como inerente à prática médica, de forma naturalizada". As **provas** abduzidas foram obtidas por meio das observações participantes e leitura dos PRs: (1) Enevoamento da subjetividade; (2) reprodução de condutas estereotipadas; (3) Medo de tornar-se frio; (4) Exigências típicas da formação; (5) Estranhamento mediante situações cotidianas; (6) Vivências de sofrimento por meio de violência silenciosa.

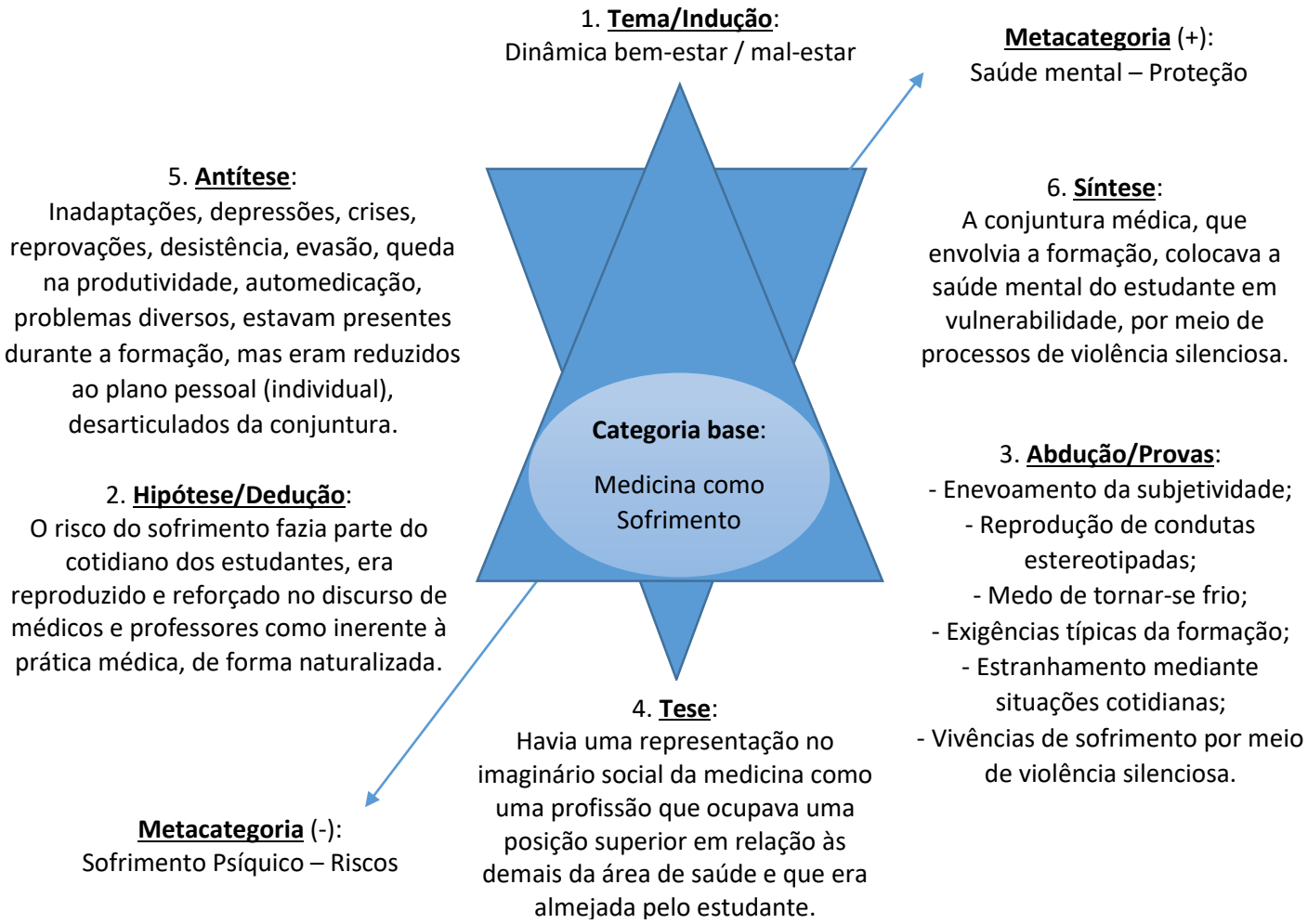
A categoria-base foi mediatizada pelas **meta-categorias** intercruzadas no *Templum*, situando no polo positivo "Saúde Mental / Proteção", e no polo negativo "Sofrimento Psíquico / Riscos". A **meta-categoria negativa** baseou-se no fato de que se pode observar condutas de risco como automedicação e sofrimento agudo ao enfrentar as situações inerentes e peculiares à formação. Enquanto que a **meta-categoria positiva** indicou a possibilidade de lidar com as oscilações entre bem-estar e mal-estar, realizações e frustrações, recorrendo a recursos internos e externos de forma a proteger sua saúde e minimizar os riscos ao adoecimento.

A rede de sentidos permitiu que novos argumentos fossem tecidos, possibilitando o surgimento da **tese** de que "Havia uma representação no imaginário

[72] O conceito de *habitus* proposto por Bourdieu foi abordado no capítulo 2 deste trabalho.

social da medicina como uma profissão que ocupava uma posição superior em relação às demais da área de saúde e que era almejada pelo estudante". Contra-argumentos sustentaram a **antítese** de que "Inadaptações, alterações de humor, crises, reprovações, desistência, evasão, queda na produtividade, automedicação, problemas diversos, estavam presentes durante a formação, mas eram reduzidos ao plano pessoal (individual), desarticulados da conjuntura". A **síntese** da análise deste *Templum*, por fim, comprovou a hipótese inicial, ao revelar que "A conjuntura médica, que envolvia a formação, colocava a saúde mental do estudante em vulnerabilidade, por meio de processos de violência silenciosa", uma realidade apresentada por uma quantidade significativa de estudantes, ainda que não pudesse se configurar inadequadamente uma generalização.

Figura 09: Templum "Medicina como Sofrimento"



Fonte: Elaborado pela autora

O desenvolvimento de cada um desses elementos específicos que compuseram este *Templum* passa a ser analisado e discutido, embora eles estejam bastante entrelaçados.

CATEGORIA-BASE

“Medicina como sofrimento”

Esta categoria emergiu durante a pesquisa, quando a autora observou um evento recorrente, em contato com os estudantes das duas instituições pesquisadas (F1 e F2) e com outros alunos de diversos locais brasileiros durante os eventos que participou em congressos, simpósios e conferências sobre educação médica. Havia um discurso contumaz de uma situação já banalizada, no momento em que o estudante indagava aos professores sobre a sobrecarga de estudos e conteúdos e obtinham a mesma resposta: “Vocês têm que se acostumar, medicina é isso, ser médico será assim”. Essa fala causava um desconforto e uma desesperança por parte do aluno de que, em algum momento, algo pudesse mudar naquele contexto, ou de que pudesse ser ouvido ou compreendido sobre seu mal-estar em suas relações com a estrutura da formação.

Em outros momentos, não relacionados diretamente a este trabalho, mas relevante para compreender o contexto, a pesquisadora, em sua experiência como psicóloga em um hospital-escola, notou condutas estereotipadas dos médicos (também professores) que, tentando se defender do sofrimento e dor inerentes ao ofício naquele local de atuação, mantinham um distanciamento, um não-envolvimento e uma frieza, utilizando como pretexto a interferência negativa que o engajamento poderia trazer e inviabilizar o êxito da conduta com o paciente.

Na construção do primeiro Templum, foi demonstrado como o estudante acabava por adotar esse modelo de médico real e, apesar de vivenciar seu próprio sofrimento, ao ter que lidar com a conjuntura médica já vigente na formação, também apresentava os mesmos comportamentos padronizados, banalizando sua experiência e adotando recursos como automedicação – para conter a ansiedade e dormir ou para ficar desperto e estudar –, produzindo efusividade na participação de festas ou movimentos culturais, esportivos ou estudantis.

O trabalho de Cruz (2004) demonstrou o quanto formação, profissão e sofrimento estão relacionados em torno da construção da identidade médica. A autora defende que a perda do ponto de vista do médico e do estudante como pessoa resultava no enevoamento da subjetividade do paciente que era considerado em um conjunto de generalizações em torno da doença.

Da mesma forma, os trabalhos de Mello Filho (1992, 2006) e Millan; Arruda (2008) demonstraram as raízes do sofrimento médico encrustadas na formação por meio das situações peculiares em que os alunos eram colocados e das inúmeras exigências próprias do percurso. Associavam-se a estes fatores, ainda, as imposições advindas dos contextos familiares, econômicos (muito comum nas faculdades particulares) e sociais, que lhes reivindicavam resultados acima da média.

META-CATEGORIAS POSITIVA E NEGATIVA

"Saúde Mental / Proteção" / "Sofrimento Psíquico / Riscos"

Nos resultados obtidos no trabalho de campo pôde-se observar a presença/ ausência de fatores de risco (sofrimento psíquico) ou proteção (saúde mental). No polo negativo, percebeu-se a ausência de fatores protetivos que resultavam em comportamentos de risco por parte dos estudantes, verificados nas observações nas duas instituições. O uso abusivo e auto-administrado de Ritalina[73] associado com café e *Red Bull*[74] nos períodos de prova também era um indício de conduta perigosa e muito comum entre os alunos. O uso de álcool e de outras drogas, presença de Transtornos Mentais Menores (TMM) – insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, sensação de inutilidade e queixas somáticas que afetavam o desempenho nas atividades da vida diária – presentificavam-se no cotidiano com regularidade e a evolução para transtornos maiores acontecia em alguns casos, denotando a falência de recursos pessoais para lidar com as situações.

---

[73] Ritalina é o nome fantasia atribuído ao medicamento que tem em sua base química o cloridato de metilfenidato, que é utilizado como fármaco, estimulante leve do sistema nervoso central, cujos mecanismos de ação ainda não foram totalmente elucidados. Porém sabe-se que ele pode estar relacionado com as anfetaminas e é frequentemente utilizado em casos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), narcolepsia e hipersonia. O estímulo à produção de dopamina aumenta os níveis de atenção e alteram o ciclo sono vigília. Um dos riscos da utilização indevida é de que a estimulação desnecessária dessa produção pode provocar uma deficiência na produção natural com o passar do tempo, podendo levar a dependência medicamentosa indevida e nociva (STAHL, 2014).

[74] *Red Bull* é uma bebida energética que provoca o prolongamento da consciência desperta e alerta, ao contrário de outras substâncias, como as bebidas alcoólicas, por exemplo, que provocam o entorpecimento corporal e altera diferentes níveis de consciência e pensamento.

Tentativas de suicídio também eram uma prática entre os alunos: em F1 foi descrito o episódio de um aluno que se suicidou, evento que levou a reformulação da equipe de apoio aos estudantes, ressaltando que apesar da existência do serviço por duas décadas havia preconceitos que levavam a uma baixa procura por ajuda. No primeiro capítulo, esta questão foi abordada em relação à magnitude do problema e, em decorrência disso, o surgimento de um volume significativo de publicações referentes a esses tópicos.

Por sua vez, no polo positivo verificou-se que além das tentativas de oferecer suporte aos estudantes, apesar do preconceito que sofriam, aqueles que se mantinham em uma posição mais salutar eram os que buscavam por ajuda, contavam com recursos internos e externos ou lidavam com essa dinâmica diária com um pouco mais de resiliência. A equipe de apoio e suporte aos alunos de F1 oferecia um trabalho individualizado, mas não desenvolvia projetos devido à falta de apoio. Essa tendência colaborava para que os alunos que procuravam por ajuda encontrassem um retorno e amenizassem os conflitos. Entre os fatores de proteção mais observados estavam o sentimento de pertença ao grupo de estudantes, famílias funcionais[75], componentes religiosos, convivência social conciliatória, relacionamentos amorosos, amizades, vínculos favoráveis com a instituição, professores, funcionários ou colegas de turma, ambientação favorável (quando o aluno residia em outra cidade, situação bastante comum nas EMs, uma vez que a probabilidade da aprovação no vestibular do lugar onde reside é pequena). Esses fatores isolados ou em conjunto contribuíam para que alguns alunos tivessem um tipo diferente de enfrentamento, um manejo que se denominou neste trabalho de dinâmica bem-estar / mal-estar, que se refere ao modo particular que cada sujeito encontra para lidar com as possibilidades e impossibilidades inerentes ao processo de viver.

TEMA / Indução

“Dinâmica bem-estar / mal-estar”

Este termo foi tomado como norteador para a compreensão do conceito de saúde mental aqui adotado, para delimitar uma diferença em relação à doença mental,

[75] Entende-se por famílias funcionais aquelas que conseguem administrar os conflitos, por meio de estratégias de enfrentamento conciliatórias, em contraposição a famílias disfuncionais que lançam mão de mecanismos de negação ao lidar com as dificuldades ou exacerbam os conflitos e provocam o esgarçamento das relações (FERES-CARNEIRO, 1996).

perturbações ou transtornos psiquiátricos; postulou-se que haveria uma dimensão da vida cotidiana que implicaria em alegrias e tristezas, realizações e frustrações, serenidade e ansiedade, certezas e preocupações, sono ou insônia, que não seriam propriamente problemas de saúde, mas que apontavam para um sofrimento, um incômodo ou mal-estar presente na vida humana. A citação de Silva Filho (2008) já utilizada no Capítulo 3 corroborava essa ideia: “o homem sofre psiquicamente da doença de ser homem” (p. 13).

Essa dimensão do sofrimento psíquico, relacionada a estados do dia-a-dia e, em particular, a vivências do estudante durante a formação em medicina, enquanto sua identidade médica ia se construindo no enfrentamento de eventos cotidianos, foi alvo deste estudo: a aproximação com o campo e a percepção de nuances dessa realidade levaram à hipótese deste trabalho sobre os efeitos de uma conjuntura à saúde mental e, consequentemente, à compreensão e busca por respostas que pudessem elucidar algumas questões, sendo possível constatar a impossibilidade de equilíbrio, mas de uma dinâmica entre os polos.

O conceito de saúde mental seria, então, compreendido no contexto da dinâmica bem-estar/mal-estar, enquanto conceito (construto teórico) engendrado e concebido na realidade que o faz existir, sem restringi-lo ao campo da psiquiatria (transtorno, doença, desordem, patologia), incluindo outras dimensões da vida do estudante tecidas nos entrelaçamentos e relações com a cultura, sociedade, comunidade e o universo simbólico que resultavam dessas interações, tornando possível a análise do próprio movimento.

Como demonstrado no primeiro *Templum*, o jovem era pressionado a abandonar seu desejo de médico ideal. Cedendo a esta imposição, o processo de adoecimento apresentava-se como uma possibilidade maior, razão pela qual compreendeu-se a urgência em conferir visibilidade a essa dinâmica para que, de um modo preventivo, algumas ações em benefício do aluno pudessem ser tomadas, como, por exemplo, a oferta de serviços especializados.

Os desafios propostos por Amarante (2007) para a compreensão da saúde mental como processo social complexo (conceito trabalhado no capítulo 3) foram percebidos no trabalho com os estudantes: percebeu-se a necessidade de mudar mentalidades, atitudes e relações sociais e diminuir preconceitos que levavam o estudante a ocultar suas dificuldades, recorrer a comportamentos de risco e não procurar por ajuda – quando o fazia, utilizava medicamentos para lidar com os seus

problemas de forma velada; pois, para ele, era difícil traçar estratégias que pudessem produzir transformações; acabava-se por reproduzir preconceitos e estigmas com aqueles que assumiam suas dificuldades e buscavam apoio; o ambiente de pouca escuta e acolhimento colaborava para perpetuar as condutas estereotipadas de distanciamento; fechava-se o ciclo vicioso com a manutenção de ideias preconcebidas e distorcidas sobre os cuidados com a saúde mental, de sua subjetividade e da dinâmica decorrente.

HIPÓTESE / Dedução

“O risco do sofrimento fazia parte do cotidiano dos estudantes, era reproduzido e reforçado no discurso de médicos e professores como inerente à prática médica, de forma naturalizada”.

Em uma das aulas de psicologia médica em F2, um aluno que já havia cursado uma graduação e agora decidiu ser médico voltando a estudar, mencionou com certa discordância da forma como seus colegas pareciam lidar com a dinâmica do curso de medicina, como se ela fosse pior para eles do que para os alunos de outros cursos. Em sua visão, o ensino superior anterior tinha exigências da mesma forma e implicava em algum grau de sofrimento. Mas concordou que a impessoalidade dos professores em relação ao aluno trazia consequências como, por exemplo, quebrar a imagem do médico como cuidador. Ao final da aula, houve um consenso em termos do sofrimento ao qual o estudante era submetido, incluindo excesso de conteúdos e de trabalhos, múltiplas exigências. Para alguns, isso se agravava quando não estava perto de familiares e amigos, ficando a falta de apoio mais generalizada, por não contar com parentes e obter pouco suporte institucional, sentindo-se apoio escasso à sua subjetividade).

Para realçar a questão do sofrimento, na construção de seu portfólio, um dos alunos de F2 inseriu comentários sobre um vídeo que assistiu da série “Medicina é...”, que tinha por título “Você quer mesmo ser médico?” (You Tube, 2015). O pequeno filme apresentava, inicialmente, um trecho de um episódio de um seriado denominado *Grey’s Anatomy*, com a cena do personagem Richard Webber (encenado pelo ator James T. Pickens, que protagonizava o papel de um médico renomado, chefe de cirurgia geral), no dia da formatura de sua turma de médicos residentes. Ele disse: “Isso [o exercício da medicina] muda você, esse trabalho, seus pacientes, seus colegas, você muda o outro” (You Tube, 2015).

Depois, o vídeo, que mesclava imagens e frases impactantes, passou a apresentá-las:

> *Não será fácil, muito menos bonito o tempo todo. Na medicina, há muitas tristezas..., porém, os médicos vivem momentos que nenhuma outra carreira permite. Acredite, as alegrias sempre compensam. Esses sorrisos fazem a diferença para você? São eles, juntos com todos os outros que me movem todos os dias. Deixe que esses momentos guiem a sua vontade de exercer a medicina. As dificuldades começam logo no pré-vestibular... noites mal – ou não – dormidas... horas e horas estudando... com uma única esperança: a de ser provado(a) no vestibular. Depois de entrar na universidade, são 6 bons e longos anos de curso. Finalmente, quando estiver formado, terá de lidar com as dificuldades da profissão. Você será médico em um país injusto... cuja política é ineficiente... a estrutura de saúde é precária... e um pai desesperado, jogará a culpa em você... Mesmo que, de fato, não seja. Vidas estarão em suas mãos, e um pequeno deslize poderá ser fatal. E agora, ainda quer ser médico(a)? Aqueles sorrisos ainda te movem? Então, siga em frente! Não queira ser o melhor médico do planeta. Seja o melhor médico do mundo de cada pessoa que passar por você! Lute pela medicina. Exerça-a com responsabilidade. Faça com que, quando você não estiver mais aqui, as pessoas lembrem das coisas boas que fez. Depois de tudo isso, se você achar que ainda vale a pena... Então... Você será médico(a)! (You Tube, 2015).*

Para encerrar, a imagem do professor Richard foi retomada no momento em que ele fazia o juramento médico com a mão direita erguida, diante dos residentes: “Prometo manter o máximo de respeito pela vida humana, não usarei meus conhecimentos médicos para violar a dignidade humana e os direitos civis, mesmo sob ameaça. Faço essas promessas solenemente, por vontade própria e em minha própria honra” (You Tube, 2015). Ao final, o professor foi aplaudido de pé e apareceu a seguinte expressão: “#foconojaleco” (You Tube, 2015).

A aluna, buscando compreender todo aquele custo pessoal envolvido em meio às exigências de sua formação, procurou encontrar um sentido para o sofrimento e relatou no portfólio:

> *No vídeo: “Você quer mesmo ser médico? | Medicina é”, é dito que a Medicina não é um trabalho fácil, muito menos bonito o tempo todo. Mas as vivências são únicas e nenhuma carreira as proporciona desse mesmo modo. Devemos acreditar que as alegrias sempre compensam. E, são elas que devem nos mover. Em um dia que eu estava muito pensativa, esse vídeo veio e sabe aquela tranquilidade e felicidade? Então... é bem assim. (E157; PR1).*

PROVAS / Abdução

Das observações participantes realizadas em campo e da análise de PRs, seis provas foram abduzidas a fim de certificar a hipótese que, embora estivessem interligadas e atravessadas umas pelas outras, foram organizadas separadamente para facilitar o processo de análise e apresentadas como se segue.

(1) Enevoamento da subjetividade

As observações realizadas em F1, a estrutura de serviço de apoio, a condução institucional dos casos, a participação nos conselhos de classe, bem como as situações descritas nos PRs em F2, assim como na literatura, denotou a dificuldade das EMs para lidar com a subjetividade, o que também se verificou nos serviços de saúde. Efeito de preceitos biomédicos e do modelo flexneriano, essa forma de lidar com o homem enquanto humano demasiado humano (CAMPOS, 2012), demonstrou algumas das consequências do afastamento da medicina das ciências humanas e sociais, relegando a um plano inferior as questões referentes à dimensão humana e, consequentemente, os conhecimentos nelas desenvolvidos e se atendo ao corpo biológico e suas anomalias.

A anulação do estudante como pessoa alimentava a ideia do médico como semideus que passava a estar sujeito também às mesmas exigências sob o pretexto de tornar-se médico, nesse caso, equivalente a uma conduta qualificada como de não envolvimento, indiferença, distanciamento e frieza. O chavão “para ser médico não pode se envolver” foi colocado em cheque em F2 quando, no primeiro período, o aluno era levado à comunidade para conhecer o território e realizar visitas domiciliares. Apreender a realidade em que vive uma grande massa de brasileiros causava um significativo impacto. No conjunto de múltiplas exigências, a primeira coisa que eles queriam tirar do currículo era essa prática, como uma forma de lidar com a angústia produzida pela contradição entre o protótipo de médico veiculado (como aquele que não pode se envolver) e a percepção de sua impossibilidade.

Nas reuniões para promoção dos alunos em F1 (conselhos de classe), conforme relatado no capítulo 4, as dificuldades de aprendizagem ou de outras naturezas eram consideradas desvios individuais, sem relação com a estruturação do curso, desobrigando a gestão de rever preceitos, mapas conceituais, metodologias ou práticas. Pelo mau rendimento verificado, os alunos eram considerados pelos professores como deficientes e, talvez, não aptos para o exercício da medicina que, como ciência e profissão, requereria um saber acima da média. Quando

apresentavam uma maior gravidade, concebidos como patológicos, eram encaminhados à assistência médica para diagnóstico e tratamento medicamentoso.

(2) Reprodução de condutas estereotipadas

A expressão recorrente dos profissionais de F1, quando se referiam aos alunos de períodos mais avançados, era de que já se sentiam deuses e não se importavam mais com conteúdos humanísticos. Esse foi um dos fenômenos abduzidos que representou esta prova, associados às condutas dos professores com os alunos, que diziam que não precisavam ir às aulas de ciências humanas, pois esse tema seria aprendido com os médicos nas enfermarias dos hospitais.

Sem a pretensão de comparar as duas instituições, ressalta-se que em F2, nos PRs, um aluno mencionou que compreendia ser difícil ter um estilo diferente do que estava colocado pela força do sistema. Outro, considerou que o médico também estava sozinho em sua luta por produzir uma saúde melhor para a população, uma vez que não encontrava condições dignas de trabalho e utilizou esse argumento como justificativa. Ele encontrou um caminho de saída e mudança na reflexão sobre a realidade:

> *Diante desse abandono, o médico tornou-se engessado em seu método de tratamento, voltado apenas à análise clinica mecanizada. Com isso, o percurso da medicina tomou proporções de egressão entre médico e paciente, devido a frieza do profissional, a sua pouca disponibilidade de tempo para o atendimento e, por fim, a sua inabilidade de ouvir o paciente. Tornou-se, assim, mais frequente consultas rápidas, com pouca eficácia na obtenção de informações associadas à doença e uma grande demanda de exames, muitas vezes desnecessários, sugeridos pelo profissional. Como sugerido por Gallian[76] (2000) o problema não está no investimento científico, entretanto, é na falta de reflexão crítica sobre elas; sobre as suas consequências éticas, sociais, culturais, existenciais. O homem encontra-se inserido em uma complexidade em que, além dos aspectos biológicos, os determinantes psicológicos e sociais interferem em sua saúde, ou seja, adoecer exige um aprofundamento biopsicossocial, e com isso, cabe ao médico identifica-los para encontrar uma resolubilidade. (E100; PR3).*

(3) Medo de tornar-se frio

[76] Texto sugerido pelo professor durante as aulas (consta nas referências da tese).

Esta terceira pista foi abduzida do material obtido por meio das narrativas nos portfólios e pelas observações realizadas no cotidiano da docência, quando os alunos referiam um temor por acabar adotando condutas de alguns médicos caracteristicamente marcadas por distanciamento e frieza ao lidar com os pacientes. Eles eram alertados sobre esse risco:

> *A evolução como acadêmica só não é mais importante em relação à evolução como pessoa. A incerteza de ser a médica que sempre sonhei é bastante presente no dia a dia. No entanto, ao ver pequenas situações nas quais acredito serem debatidas em sala de aula, aumentam a confiança de que eu posso realmente fazer a diferença e conseguir mudar aonde quer que eu vá trabalhar. É notória tamanha dificuldade, mas que trará conforto para a consciência por fazer o que é certo perante Deus e perante a sociedade. (...) Diante das diversas experiências com médicos frios que mantém uma relação distante dos seus pacientes é possível acreditar na formação de novos médicos com práticas mais humanizadas e, também, na mudança daqueles que ainda constroem essa relação centralizada na doença do enfermo. Logo, construir uma ligação médico-paciente exige um tratamento ampliado e singular, no qual o médico atende atentamente o indivíduo e analisa o meio em que está inserido a fim de proporcionar adesão ao tratamento, qualidade de vida e sucesso profissional. (E131; PR4).*

A força da biomedicina e seu conjunto de procedimentos focalizavam e valorizavam as doenças em detrimento das pessoas. Isso provocava esse sentimento e apareceu nas oscilações no texto narrativo, quando se transitava da primeira para a terceira pessoa, deixando o texto impessoal:

> *Também é crescente o medo de esquecer tudo o que aprendi, de não conseguir aplicar a teoria na prática, de me tornar uma médica fria e mecanicista, mas daí sempre vou lembrar que, diante de vários alunos desinteressados, você não desistiu, pois sabe o que vai fazer a diferença na vida de pelo menos um. Pois bem, já que conseguiu fazer na minha, me sinto motivada a fazer isso por alguém, vou me lembrar das reflexões, das teorias, das práticas, me tornar tecnicamente boa, para, enfim, conseguir ser uma médica humanizada (E102; PR4).*

Ao que parece, os conteúdos de psicologia médica obtinham êxito com alguns alunos na sua tarefa de provocar uma inquietação em relação à construção da identidade médica e às escolhas que se teciam em torno dela:

> *Todos os portfólios me deixaram muito preocupada com qual a profissional que eu quero ser no futuro e com tantos desafios encontrados, comecei a cada vez mais ter medo de não ser capaz, de meus defeitos interferirem na minha profissão, porque sou uma pessoa com pouca paciência e como eu já tinha dito em portfólios anteriores, meu sonho é ser psiquiatra, como eu vou*

> *conseguir cuidar das pessoas que são de difícil convencimento de minha essência é de me expressar com pouca coisa. (E101; PR4).*

(4) Exigências típicas da formação

A passagem pelo vestibular configurava-se como uma fase de grande dificuldade para o estudante que lhe deixava inscrições significativas. Na análise do *Templum* relativo aos portfólios reflexivos, foi abordada a questão da dificuldade adquirida pela forma padronizada de pensar para criar um texto ou, simplesmente, marcar a alternativa correta. Ao conseguir vencer aquela etapa inicial havia uma sensação de plenitude, como se o grande sonho já tivesse sido alcançado. Passados os dias de festa, recepção solidária, calourada, iniciava-se um novo percurso de exigências que se estenderiam por seis anos. Do êxtase ao desespero para dar conta de tanto conteúdo, a dificuldade de se adaptar tornava-se uma realidade e um risco ao bem-estar e produção da saúde com recursos próprios:

> *Na autoavaliação acho importante descartar as dificuldades encontradas neste primeiro momento em relação às mudanças vivenciadas por mim. Quando fui aprovada para o Reingresso no curso de Medicina, era sabido que existiam dificuldades, mas nada se compara a vivenciá-las. Assim como me disse um professor da própria Faculdade: "**sonhar e viver o sonho são coisas completamente diferentes**". Hoje sei exatamente o que ele quis dizer com essa frase. Quando resolvi encarar o desafio, larguei tudo: emprego, família, uma vida estável e confortável. Fiz uma escolha nada fácil. Minha experiência individual não está sendo nada fácil... a adaptação inicial foi muito complicada, permeada por inseguranças, medos, saudade, vontade de desistir... sem contar a pressão natural do curso, com toda sua carga horária pesada e suas disciplinas que exigem bastante (E137; PR4 – grifos do aluno).*

O mesmo estudante adotou, como uma forma de enfrentamento da situação, a certeza de sua escolha pela medicina como sendo a mais assertiva e o melhor para ela naquele momento, colaborando para suportar às pressões:

> *Porém, hoje, melhor adaptada, tenho certeza de que fiz a escolha certa para mim e para minha família. Acredito que meu desempenho está sendo satisfatório e que irá alcançar patamares ainda muito melhores, à medida que a nova rotina se torne A MINHA NOVA ROTINA. E isso já está acontecendo. Acredito que no próximo semestre as coisas já tenham evoluído para muito melhor dentro da minha cabeça e que daqui em diante a adaptação se complete. Estou muito satisfeita em constatar que todo o processo doloroso do início está se tornando prazeroso e isso me dá a certeza do acerto em escolher abdicar de tudo em prol de um bem maior e de uma realização*

> *pessoal, pois até pra viver os sonhos é preciso coragem (E137; PR2 – grifos do aluno).*

Há indicativos aqui de que encontrar uma significação para a realidade configurava-se como uma estratégia eficaz de proteção às exigências provenientes do cotidiano.

(5) Estranhamento mediante situações cotidianas

O fenômeno do estranho-familiar foi abordado por Freud (1996/1919), no texto "O estranho", e o descreveu como "aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito, familiar" (FREUD, 1996/1919). Acrescentou o autor:

> *Em outras palavras, há uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu (self). E, finalmente, há o retorno constante da mesma coisa – a repetição dos mesmos aspectos, ou características, ou vicissitudes, dos mesmos crimes, ou até dos mesmos nomes, através das diversas gerações que se sucedem (p. 238).*

O mesmo texto foi retomado por Bauman (2011) propondo uma releitura daquele artigo e despolarizando a visão de eu-familiar, outro-estranho, na contemporaneidade marcada por uma fluidez, denominada por ele anteriormente como modernidade líquida (1998). Para ele, "somos estranhos entre estranhos" (BAUMAN, 2011, p. 174), o que corresponderia a dizer que há uma compreensão cada vez mais menor do ser humano, pouco (ou quase nenhum) investimento em conhecimentos nessa área (colocadas como menores diante das ciências tecnológicas) e, logo, anulação da crítica e reflexão, legado maior da filosofia. Seus estudos têm verificado que, em decorrência disso, as relações humanas ficariam cada vez mais tomadas pela superficialidade, achatamento emocional e a vida fragmentada pela dicotomia criada entre compromisso e prazer. A este fenômeno, Bauman (2011) denominou adiaforização, referindo-se à relação entre pessoas que envolveria apenas a parte dela considerada útil e interessante.

Essa quinta pista foi abduzida das observações de campo em F1 e da análise de PRs de F2, com base nas formulações conceituais desses dois autores, a saber, Freud e Bauman, tal como citado acima. No caso dos estudantes, havia uma referência a alguns momentos em que apresentavam uma angústia decorrente de um mal-estar produzido pelo contato com a realidade. Em F1, para lidar com o conflito os

alunos adotavam a estratégia de banalizar as aulas de humanidades que falavam sobre a estruturação da personalidade referida à relação médico-paciente. Parecia inadmissível que este último pudesse não responder da forma esperada pelo diagnóstico e prescrição realizada pelo primeiro, colocando o peso de inadequação sobre a pessoa atendida. As reações de impaciência e intolerância com os questionamentos dos usuários dos serviços poderiam representar a reação projetiva dos alunos que também passavam por situações similares de anulação de si mesmos como pessoas.

Estudos atuais têm demonstrado a pouca exploração, durante a formação, de temas que causam estranhamento, como a morte, sofrimento humano, presentes no cotidiano médico, mas que acabavam por ser ignorados, resultando em dificuldades para lidar com as adversidades (AZEREDO, 2007). Em F2, um aluno referiu-se em seu PR ao falecimento de um paciente que era acompanhado pela equipe em visitas domiciliares, levando-o a um conflito e a culpabilizar a ausência de cuidado da equipe pela sua morte, mesmo com claras evidências de que havia uma complexa situação familiar de abandono e negligência que proporcionou ao agravamento e morte do idoso, apesar das intervenções da equipe:

> *Com o falecimento [do paciente], vários questionamentos e reflexões tenho feito a respeito do acolhimento. Pois, poderíamos ter feito mais? Sim, poderíamos e muito. Às vezes me pego pensando, por quê não fizemos algo logo de início, por quê não agimos um pouco mais depressa, de forma a promover a resolução dos seus problemas, partindo do princípio a torná-lo com vontade de viver e crer que era possível estar vivo. Mas para isso, por outro lado, convivi e reafirmo que não a visão médica seja importante no acolhimento dos pacientes (E156; PR4).*

(6) Vivências de sofrimento por meio de violência silenciosa

O conceito de violência silenciosa, central neste estudo e trabalhado no capítulo 2, alude a uma forma sutil de violência, não qualificada como tal e, em decorrência disso, banalizada e incorporada como ocorrência natural em um determinado cenário social, reproduzida e perpetuada por condutas. Nas EMs investigadas, percebia-se tais eventos.

Em F2, as pistas abduzidas referidas neste templum são típicas formas de violência silenciosa. Os alunos em suas narrativas demonstravam sofrimento mediante situações que não eram visibilizadas, mas que acabavam por afetá-los e,

com o tempo, nortear suas ações enquanto reproduções da realidade. A partir da discussão do imaginário social que resultava em exigências sobre a figura do médico que não pode errar, falhar, em uma clara tipificação de perfeição, um aluno discutiu no seu PR:

> *A partir dessa análise, fico angustiado, com tanta confiança e convicção de que uma pessoa com jaleco branco é mais do que outrem que já esteja fazendo o seu trabalho de consolar. Por fim, fico triste em perceber que profissionais de saúde realmente sofrem por preconceito da sociedade e até mesmo são, muitas vezes, inferiorizados (E156; PR2).*

Outro, mencionou suas dificuldades em lidar com as exigências e percebeu certa diminuição em seu rendimento, relacionando isso com sua escolha e vocação por ser médico:

> *A cada dia que passo na faculdade uma quantia imensa de informações nos é transmitida. De fato não temos como absorver todas as informações que nos são apresentadas com o passar do tempo cada vez mais a dificuldade das matérias estão aumentando e consequentemente a dificuldade das provas. Em alguns momentos me vejo questionando se realmente tenho condições de corresponder com as expectativas que a faculdade e os professores depositam em mim. (...) esse semestre minhas notas não foram tão boas quanto as do semestre passado, pois tenho enfrentado uma quantidade maior de obstáculos (E124; PR 3).*

O reconhecimento de si mesmo como alguém sensível, que não podia negar seu envolvimento e que não desejava ser frio levou outro aluno a uma dúvida sobre a especialidade:

> *Tenho sonho de ser pediatra ou geriatra, são duas áreas que mexem muito comigo, porém não sei se serei capaz de lidar com crianças, por exemplo com uma doença grave e com idozinhos prestes a morrer, me apego muito às pessoas e aos seus problemas, faço o impossível para tentar ajudar (E135; PR4).*

TESE

“Havia uma representação no imaginário social da medicina como uma profissão que ocupava uma posição superior em relação às demais da área da saúde que era almejada pelo estudante”.

Esse ideário compartilhado socialmente era reforçado na graduação, como se pôde observar em F1, nas resistências à abertura de outros cursos, pelo preconceito dos alunos com a formação de outros profissionais não médicos e dividindo o espaço com eles, sob o pretexto de não dividir suas mensalidades com investimentos para a formação de outros profissionais menos importantes (como relatado no capítulo anterior).

Por sua vez, em F2 havia um estranhamento dos estudantes quando iam para visitas domiciliares acompanhados por profissionais não médicos e uma dificuldade para compreender os princípios da atenção básica à saúde, no tocante à multidimensionalidade do cuidado e à atenção interdisciplinar:

> *Um espaço para reflexão é tomado... O que procuramos ao querer a Medicina? A sociedade vê como uma posição almejada de status, o que de fato é verdade, mas o querer deve ir, além disso... A imagem do médico, muito fragilizada, reflete uma modernidade que está sentimentalmente distante porque tal profissão virou uma máquina com interesses, mesmo que possua conhecimento (E157; PR1).*

Em ambos os locais onde a pesquisa se desenvolveu, foi possível perceber que os estudantes se utilizavam desse imaginário para suportar e tamponar suas dificuldades para lidar com o cotidiano. Como nem sempre obtinham êxito, adotavam algum(ns) comportamento(s) de risco já descrito(s) anteriormente ou alguma estratégia defensiva. Por exemplo, diante de uma atividade adjetivada pelo aluno como “experiências desconfortantes”, que foi realizar uma visita domiciliar a um paciente psiquiátrico, considerou uma falha da estruturação das atividades práticas que, nesse caso, “deveriam ser melhor direcionadas” (E129; PR2), porque eles não se sentiam preparados, culpabilizando o sistema pelo sofrimento. E concluiu: “O impacto emocional sofrido pelo aluno é grande” (E129; PR2). Ou seja, estaria tudo certo com seus objetivos e com a própria medicina sonhada; os equívocos estariam com o curso, a instituição, os professores etc.

ANTÍTESE

“Inadaptações, alterações de humor, crises, reprovações, desistência, queda na produtividade, automedicação, problemas diversos, estavam presentes durante a formação, mas eram reduzidos ao plano pessoal (individual), desarticulados da conjuntura”.

Durante o trabalho de pesquisa, percebeu-se que os efeitos da conjuntura sobre a saúde do estudante não eram visibilizados e com isso as dificuldades apresentadas eram relegadas ao nível pessoal apenas. Havia, inclusive, um certo desconforto quando apresentavam as reações mencionadas acima, pois elas não combinavam com o ideário de poderes divinos que sustentava as representações em torno da figura do médico.

Em F1, havia um preconceito dos estudantes em relação à procura por atendimento psicológico por medo de serem discriminados, estigmatizados ou rotulados como problemáticos pelos colegas e professores. Essa era uma das razões encontradas para o baixo índice de procura pelo serviço de apoio ao aluno, se comparado com o número total de alunos da escola médica. Como mencionado no capítulo 4, essa atitude era comum também em profissionais e professores na instituição como um todo, o que levava a uma omissão de dados sobre dos atendimentos aos estudantes em crise, conflitos de diferentes naturezas, uso de medicamentos ou adesão a tratamentos. Por contrariar a representação de deidade, esses estudantes eram tachados como complicados e problemáticos, por não conseguirem demonstrar a força interior necessária para ser médico, um tipo peculiar de violência silenciosa.

Nos PRs, as falas projetivas retrataram essa forma de lidar com o sofrimento psíquico dos estudantes:

> *O desinteresse encontrado em muitos médicos, na contemporaneidade, favorece ao adoecimento e ao retrocesso no tratamento dos indivíduos. É necessário romper com velhos paradigmas, ser diferente num mundo dos iguais, buscar ouvir e se colocar no lugar do outro, para que eles não sejam sujeitos passivos, submissos, subordinados e sem voz na relação com o médico (E124; PR3).*

SÍNTESE

“A conjuntura médica, que envolvia a formação, colocava a saúde mental do estudante em vulnerabilidade, por meio de processos de violência silenciosa”.

Como foi demonstrado no capítulo 1 deste trabalho, as recentes propostas de mudanças no âmbito da formação médica vêm resultando na constatação de uma insatisfação generalizada de profissionais e usuários dos serviços. E, ainda, de uma assimetria entre a formação oferecida e as necessidades da população.

Em F1, foi possível verificar que a instituição corria em paralelo a essas transformações, apesar dos esforços para implementá-las, com notórias consequências para os estudantes, como se procurou demonstrar nos capítulos 4 e 5, pelas provas abduzidas que retratavam os processos de violência silenciosa. Enquanto que, em F2, nos primeiros períodos do curso, a análise dos PRs permitiu uma aproximação com o contexto do sofrimento, em meio as tentativas de mudanças. Abaixo foram selecionados trechos de PRs que revelaram esse cenário:

> *É um misto de loucura e coragem. Um risco que estamos todos dispostos a correr. Rodeados por incertezas e por pessoas que dizem que talvez não sejamos capazes. Pois bem, contrariando parte das experiências, aqui estou. Praticamente um sexto médico*[77] *e seguindo. Seguindo para onde? Para onde os desafios me levarem. Munido sempre, é claro, dos melhores sonhos (E141; PR4).*

> *Nem sempre a nossa carreira será um mar de rosas e temos que estar prontos para isso, tudo faz parte da carreira médica, afinal nem todos os pacientes conseguem reconhecer o esforço de um profissional para atendê-lo (E162; PR4).*

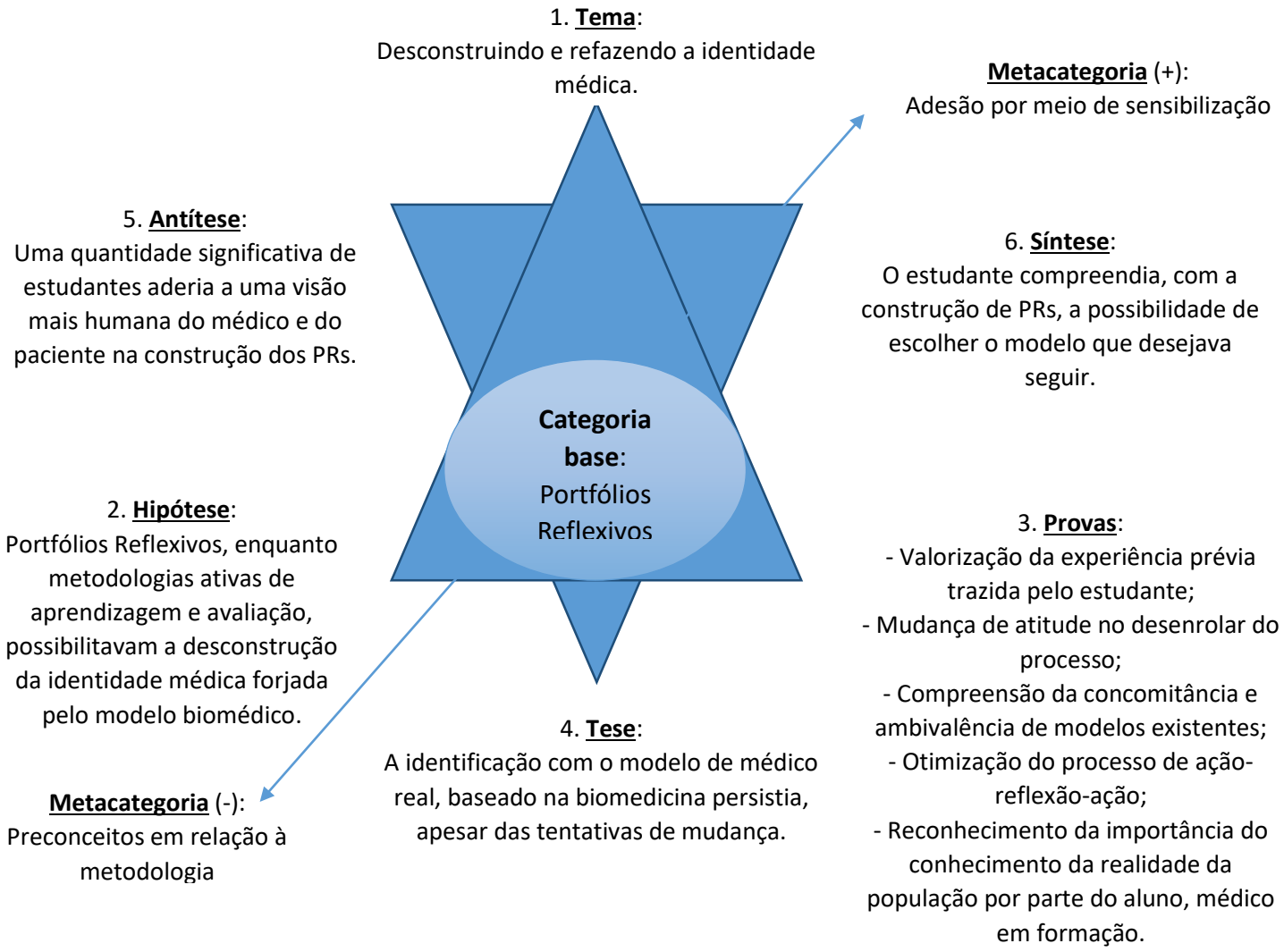
> *É necessária uma reformulação estrutural, conceitual, e ideológica desse processo para que os profissionais tenham condições pessoais e profissionais para atuar de forma humanizada. O espaço de formação é um espaço de formação e desenvolvimento de ideias, de valores e de concepções desenvolvidas em função de condicionantes não apenas acadêmicos, mas econômicos, políticos, sociais e culturais. O acompanhamento dos professores será o que nos guiará no despertar desse olhar diferenciado (E103; PR3)*

[77] A expressão “um sexto médico” era utilizada pelos alunos para indicar que, ao final do primeiro ano de curso, ainda restariam cinco anos até a conclusão no sexto ano.

5.4. Terceiro *Templum*: Portfólios Reflexivos

A **categoria-base** que deu origem ao terceiro *Templum*, diagrama-síntese ilustrado na Figura Nº 10, foi "Portfólios Reflexivos", conceituado como um tipo de metodologia ativa de aprendizagem e avaliação caracterizado por uma coletânea de temas e abordagens escolhidos por meio da pactuação entre professores e estudantes, conferindo protagonismo a este último, tal como descrito no capítulo anterior. O uso de novos métodos tem sido enfatizado na educação médica e preconizado pelas DCNs, daí sua pertinência e relevância nas análises dos dados.

FIGURA Nº 10: *Templum* "Portfólios Reflexivos"



FONTE: Elaborado pela autora

A mediatização das categorias pelas **metacategorias** intercruzadas no *Templum*, tiveram no polo positivo “Adesão por meio de sensibilização” e no polo negativo “Preconceitos em relação à metodologia”. A **metacategoria negativa** baseou-se no fato de que a utilização de novas metodologias tem encontrado resistências em sua implantação, enquanto que a **metacategoria positiva** indicou que crenças equivocadas e preconceitos infundados podem ser superados por meio da sensibilização dos estudantes, especialmente quando lhe é demonstrado seu protagonismo no ato de aprender, conferido pelas metodologias ativas de aprendizagem e avaliação.

Por meio da indução, obteve-se o seguinte **tema** de análise: “Desconstruindo e refazendo a identidade médica”, relacionado ao potencial que as novas propostas metodológicas têm de incentivar a reflexão e a crítica das realidades, através da desconstrução de ideias e crenças preconceituosas e construindo/reconstruindo novas formas de pensar, problematizando-as e buscando resoluções inovadoras. Daí, deduziu-se a **hipótese** de que “Portfólios Reflexivos, enquanto metodologias ativas de aprendizagem e avaliação, possibilitam a desconstrução da identidade médica forjada pelo modelo biomédico”. Para embasá-la, tal como descrito no Capítulo anterior, provas foram abduzidas da leitura de PRs elaborados por estudantes e serão apresentadas mais adiante quando este tópico for especificamente analisado: (1) Valorização da experiência prévia trazida pelo estudante; (2) Mudança de atitude no desenrolar do processo; (3) Compreensão da concomitância e ambivalência de modelos existentes; (4) Otimização do processo de ação-reflexão-ação; (5) Reconhecimento da importância do conhecimento da realidade da população por parte do aluno, médico em formação.

Novos conteúdos tecidos na rede de sentidos questionaram os primeiros achados e sustentaram a **tese** demonstrada pelas narrativas dos PR que há enorme dificuldade de mudanças de mentalidades, pois “A identificação com o modelo de médico real, baseado na biomedicina ainda persistia, apesar das tentativas de mudança”. Por sua vez, contra-argumentos e as provas abduzidas das narrativas, sustentaram a **antítese** de que “Uma quantidade significativa de estudantes, aderia a uma visão mais humana do médico e do paciente na construção dos PRs”. Por fim, a **síntese** da análise deste *Templum* comprovou a hipótese inicial de que “O estudante compreendia, com a construção de PRs, a possibilidade de escolher o modelo que

desejava seguir", ressaltando, contudo, que este fato não pode ser extrapolado para todo o universo dos estudantes, mas para um quantitativo deles.

Passa-se a apresentar os elementos específicos deste *Templum*.

CATEGORIA-BASE
"Portfólios Reflexivos"

Esta categoria base foi escolhida apoiando-se nos resultados obtidos com a implantação da metodologia em F2. PRs têm demonstrado uma eficácia significativa, especialmente quando se visa à implantação e ativação de mudanças, o que é a realidade dos cursos médicos após a aprovação das novas DCNs (BRASIL, 2014), que recomendam a utilização de métodos ativos para o alcance da efetividade em torno das necessárias transformações no contexto da formação.

O PR apresentava um conjunto de propósitos que evidenciavam e valorizavam o processo em si mais que os resultados obtidos, deslocando a atenção da nota quantificada para o aprendizado qualitativo. Não se tratava de uma nova roupagem para o tradicional caderno em que eram feitas anotações relativas ao conteúdo das aulas, como lembrou Tanji e Silva (2008); eles se configuravam como uma "espécie de memória" (p. 396) registrada dinamicamente sem um compromisso formal, que incluía, especialmente, "rotas alternativas de reflexão, comentários a partir de situações domésticas, particulares, todas que, afinal, são o somatório de experiências e vivências dos indivíduos" (p. 396).

Uma das inovações pedagógicas proposta por este método era a intencionalidade do estudante ao organizar seu próprio material de acordo com suas experiências e reflexões durante o processo, possibilitando a descoberta de seus próprios talentos e potencialidades:

> O PR é uma compilação apenas dos trabalhos que o estudante entende relevantes, após um processo de análise crítica e devidamente fundamentada. O que é importante não é o portfólio em si, mas o que o estudante aprendeu ao criá-lo ou, dito de outro modo, é um meio para atingir um fim e não um fim em si mesmo (ALVES, 2004, p. 104).

No ensino médico, o PR ajudava o estudante a desenvolver o hábito constante de estudar e não apenas restringi-lo ao espaço de sala de aula ou ao período de provas; colaborava para desenvolver seu protagonismo através de valores como autonomia, independência e responsabilidade pelo seu próprio saber; auxiliava-o a

integrar as dimensões biopsicossociais; preparava para o trabalho em equipe; aproximava os sujeitos envolvidos no processo (estudante, professores, usuários de serviços, equipes). À medida que proporcionava a reflexão sobre a ação (neste caso, daquelas desenvolvidas nas atividades práticas proporcionadas desde o início do curso), o PR favorecia a uma ponderação sobre os determinantes dos modos como o trabalho se estruturava pensando como ele próprio agiria se estivesse ali. A formação do profissional reflexivo seria, nesse sentido, uma condição essencial. Guedes; Nogueira; Camargo Jr (2006) consideraram que “para que haja uma mudança efetiva desse [vigente e tradicional] modelo assistencial, torna-se imprescindível um repensar contínuo da teoria, da prática e das ações em saúde” (p. 1095).

Deve-se ponderar, no entanto, que o PR não era compreendido como o remédio para todos os males das dificuldades de ensino-aprendizagem da medicina. Também não era tomado como antídoto para ausência de crítica e reflexão que se perpetuava por imposições de modelos tradicionais educacionais enraizados em condutas de alguns docentes. Mas, a utilização de novas metodologias nutria a esperança de que as realidades poderiam ser transformadas sempre que as pessoas se transformassem. Nesse sentido, a abertura ao novo e à novas experimentações foi o ponto de partida da escolha metodológica e a justificou como categoria de análise nesta tese.

METACATEGORIAS POSITIVA E NEGATIVA

“Adesão por meio de sensibilização” / “Preconceitos em relação à metodologia”

Em torno da categoria-base estabeleceu-se um movimento oscilatório entre as concepções de PRs que pôde ser observada desde sua escolha até a implementação da metodologia no desenrolar do trajeto. No polo negativo, foram identificados preconceitos em relação ao método: no contexto das EMs, o uso de novas metodologias vinha sendo recomendado, mas, como se averiguou na análise da construção da identidade médica, esse processo não acontecia sem resistências. A implantação das novas propostas que visavam consolidar as DCNs, as MAAAs, e mais especificamente os PRs, produziam em F2 um preconceito em torno do método que se diferia potencial e radicalmente do estilo tradicional de provas que verificavam apenas a memorização de conteúdos e resultavam em um conceito quantificado. Anteriormente, demonstrou-se a resistência ao novo que, somadas a crenças

equivocadas e veiculadas por alguns estudantes, levava a formulação de estereótipos de que se tratava de um projeto de pouca relevância, com um grau de dificuldade elevado, trabalhoso e com muitas exigências.

Foi o caso de um aluno que apresentava muita objeção à metodologia. Seus trabalhos, não eram ruins, mas eram protocolares, com muitos questionamentos e críticas sobre exigências do trabalho como sendo algo contrário à proposta da disciplina: já que os temas abordados eram humanização e empatia, supunha, erroneamente, que nenhuma exigência deveria ser feita a um aluno que se encontrava sobrecarregado pelo excesso de conteúdos para estudar provenientes de outros componentes curriculares. Críticas também eram dirigidas aos critérios mínimos estabelecidos para avaliação e datas de entrega dos trabalhos coincidentes com a semana de prova. Por uma resistência cega ao novo, tais queixas desconsideravam que todo processo era estabelecido de forma dialogal e democrática com a turma. Como consequência, passou pela elaboração de três portfólios, resistindo. Quando chegou no PR4, admitiu:

> *Confesso, que embora contrariada e sem conseguir entender o propósito do enorme trabalho que é fazer um portfólio reflexivo, até então, fiz os meus três primeiros. Na confecção deste, por ser o meu último, resolvi que faria diferente e me empenharia de verdade, dando o meu máximo em cada parte que o constituí. Pude perceber o grave erro que cometi não levando tão a sério os anteriores, uma vez que este é um artifício eficaz de aprendizado sobre questões importantes para a prática médica (E142, PR4).*

Outro aluno, projetivamente[78], considerou:

> *Entendo perfeitamente como deixa chateada esse lado dos alunos simplesmente não dar atenção a uma matéria que é a base de tudo para nos tornarmos médicos com responsabilidades e compromisso. Mas infelizmente muitos não entenderam ainda a essência desse estudo, espero que não seja tarde quando eles foram aprender e que muito menos seja por um erro médico cometido por um deles, futuros médicos (E135, PR4.).*

No polo oposto, percebeu-se que a adesão à metodologia era possível por meio de estratégias de sensibilização. O início do processo era marcado pelo trabalho reflexivo proposto com base no conto “Flor vermelha de caule verde” (BARCKLEY,

[78] Projeção é um conceito psicanalítico que diz respeito a um mecanismo inconsciente que faz com que o sujeito veja em outra pessoa, por projeção, características que lhe são próprias, pela impossibilidade de admiti-las como integrantes de seu próprio eu, por lhe causarem angústia (Laplanche, 1998).

2010), analisado anteriormente no Capítulo 4. Ao situar o protagonismo do estudante no processo de construção do conhecimento como foco do PR, tal compreensão favorecia a adesão por valorizá-lo como pessoa, validar sua bagagem prévia, considerar seus saberes e percepções sobre o ser médico, como um diamante bruto a ser lapidado. Ao longo do processo, as reflexões propostas, os conceitos trabalhados e o crescimento proporcionado colaboravam para que as resistências fossem contornadas.

No âmbito docente, as mesmas estratégias contribuíam para a aceitação do método pelo grupo. Professores com um maior tempo de formado maravilhavam-se com as novas propostas e comparavam com sua formação admitindo que não havia passado por experiência semelhante. Outros achavam muito pertinentes, mas não desejam adotar essa metodologia. Já no plano institucional, o apoio incondicional foi alcançado por meio da aprovação de trabalhos científicos sobre o tema submetidos a congressos que levavam o nome da faculdade e divulgavam os resultados obtidos, demostrando a validade e pertinência do método no momento atual da educação médica.

TEMA / Indução

“Desconstruindo e refazendo a Identidade Médica”

O tema, como ponto de partida, estruturou-se com base na categoria e nas metacategorias envolvidas na construção da identidade médica. Se, por um lado, a biomedicina era uma força que, de algum modo, como foi demonstrado ao analisá-la anteriormente, seduzia o estudante e acabava por se impor e se sobrepor ao seu desejo, por outro, existia uma preocupação na formação de um egresso com um perfil diferenciado, engajado com os problemas populacionais e comprometido em buscar soluções para essas realidades assoladoras das comunidades brasileiras.

O desenvolvimento do pensamento reflexivo foi fundamental, nesse processo, para desconstruir ideias preconcebidas, geralmente estruturadas com base em princípios sócio-históricos. A partir disso, foi possível seguir-se a reconstrução/construção de novas cognições menos estereotipadas. Esse é o movimento essencial proposto pelo método de trabalho com portfólios, transformando-o em uma potente ferramenta de aprendizagem e avaliação, uma vez que o articulava com o plano da realidade. Configurava-se como um “instrumento-estratégia de estimulação do pensamento reflexivo” (COTTA et.al., 2012, p. 788), ao possibilitar ao

estudante o registro de elementos significativos de sua própria aprendizagem, a partir de norteamentos estabelecidos e pactuados entre educador e educando, e de um trabalho colaborativo pautado na busca de solução de problemas complexos.

A formação do profissional reflexivo tem recebido especial atenção nos cursos médicos nas últimas décadas e se tornou uma necessidade para enfrentar as complexas problemáticas do mundo contemporâneo (SCHÖN, 2000). Esse tipo de formação requeria uma mudança paradigmática por parte do professor e da escola que também deveriam se tornar reflexivos e se preocupar com o presente para projetar o futuro (ALARCÃO, 2001, p. 14). Nesse sentido, um dos primeiros equívocos que o método propunha a desfazer era de que o professor produzia saber no aluno, quando, ao contrário, a tarefa de conhecer só seria possível com o envolvimento do próprio aprendente, sendo o educador um mediador do processo.

Outra ideia desconstruída era de que o aluno ocupava um lugar passivo no processo de ensino-aprendizagem. O PR conferia-lhe autonomia sobre o processo que causa, sem dúvida, um choque inicial: até ali, ele seguiu normas e padrões tradicionais adotados nos níveis anteriores de ensino (básico, fundamental e médio), formas ainda mais acirradas nos cursos preparatórios para os exames de acesso ao ensino superior (ENEM, vestibular tradicional). Causava-lhes estranheza a liberdade para escrever valorizando a fluência do pensamento, seguindo apenas algumas diretrizes e norteamentos, sem seguir um molde. Eles indagavam: “Você quer que eu faça um estilo de texto do tipo redação?” E obtinham como resposta: “Desejo que você transforme a experiência vivida em campo em um texto associativo com as teorias trabalhadas”. De modo semelhante, no início do processo, eles tendiam a reproduzir um texto engessado (tal como o menino do Conto apresentado no Capítulo anterior, que já havia sido tolhido em sua criatividade e desenhava a flor vermelha de caule verde, em um modo alienado de reprodução):

> *O portfólio reflexivo é um mecanismo versátil, generalizado e didático. Onde o aluno consegue desenvolver suas opiniões embaraçadas em artigos científicos, ou seja, a cada Portfólio eu consigo ter uma opinião formada sobre um determinado assunto. Por isso, considero essa ferramenta de trabalho fundamental no curso de medicina, pois no período inicial/introdutório cada acadêmico deve estar consciente das suas responsabilidades daqui pra frente, afinal, a jornada não é nada fácil (E151, PR4).*

Apoiados nesses princípios, preconceitos e estereótipos em relação à medicina e ao papel do médico na sociedade também poderiam ser desconstruídos e refeitos. O método colaborava para que o acadêmico chegasse ao entendimento de que a ação do médico era, por excelência e essência, um ato reflexivo: seria possível, assim, colocar sobre cada caso atendido uma singularização necessária para ultrapassar o modelo que focalizava apenas a doença e chegar àquele que compreendia a pessoa em sua integralidade. Por mais que o domínio de uma técnica fosse imprescindível ao bom exercício da profissão, a mecanização era considerada nociva na relação do homem com o trabalho (DEJOURS, 2006/1998), e prejudicial à relação estabelecida com o paciente:

> *O portfólio é um trabalho que nos faz refletir sobre a construção do médico que queremos ser no futuro e pensar naquilo que mais nos chama atenção na vida de um paciente. Os objetivos dessa disciplina englobam o desenvolvimento da nossa capacidade em perceber, identificar e manejar os aspectos emocionais envolvidos na relação estudante-paciente, estudante-médico, professor-aluno, aluno-equipe de saúde. (...) Muito aprendi e continuo aprendendo... Aqui percebi que não é só glamour a vida do médico, assim como muitos acreditam, é encarar os problemas aos quais somos submetidos com maturidade e compreender o que está escondido atrás de seis e mais alguns longos e duros anos de estudo. O portfólio foi a "válvula de escape" para esses sentimentos aguçados em pouco mais de um mês de estudos. Apesar de pouco tempo, vivi e muito. Aprendi principalmente na humanização, tanto falada, mas pouco praticada (E102, PR2).*

A ideia de médico como alguém que deveria manter-se impessoal e insensível para ser eficiente tecnicamente era questionada na tentativa de desfazê-la. À medida que permitia o livre pensar sobre "Por que as coisas são como são?", o PR buscava situar as realidades nos contextos sociais, históricos, culturais e econômicos que as determinam. Os questionamentos suscitados nas discussões em aula, nas abordagens teóricas, nas leituras dos textos, nas atividades propostas favoreciam ao surgimento de um conjunto consistente de questões que contribuíam para fazer pontes com os cenários reais onde interagem os atores no campo da saúde.

A MFC, considerada equivocadamente como uma especialidade menor e, portanto, desvalorizada, no bojo da desconstrução/construção de ideias proporcionadas por novas metodologias (neste caso, PR e VDs) também era um exemplo do potencial crítico do método. Um aluno descreveu em seu PR sobre sua experiência: como a maioria dos acadêmicos de medicina, entrou na faculdade acreditando que escolheria uma área valorizada atualmente, mantinha uma visão

preconceituosa da MFC que resultava em comportamento de desdém. Após as vivências de um ano, nos atendimentos na comunidade, decidiu, voluntariamente, ir a um congresso na área de medicina de família e relatou no PR:

> *O primeiro ano passou extremamente rápido, não vi o tempo passando, e diante disso tirei a conclusão de que é necessário aproveitar todos os momentos, aproveitar as oportunidades que a vida nos dá. A faculdade proporciona a todos os alunos de medicina, a experiência e o poder de vivenciar, logo no início do curso, o contato direto com os pacientes. No começo do curso não dava tanta importância para as atividades executadas lá [na comunidade], mas neste segundo período descobri que é extremamente funcional para a minha formação acadêmica. Comecei a achar tão interessante essa área da saúde da família que resolvi participar da Conferência Mundial dos médicos de família que ocorreu no início deste mês, no Rio de Janeiro voltei de lá realizada. Não voltei realizada apenas pela área maravilhosa, mas também pelo fato de eu ter entendido a maioria das coisas que foram comentadas no congresso, pois foram assuntos estudados por mim durante este ano todo (E155, PR4).*

HIPÓTESE / Dedução

“Portfólios Reflexivos, enquanto metodologias ativas de aprendizagem possibilitavam a desconstrução da identidade médica forjada pelo modelo biomédico”

O incentivo ao uso de novos métodos de aprendizagem e avaliação visava alcançar as mudanças pretendidas. As novas DCNs eram provas de que se acreditava que a ênfase no aprendizado da Atenção Básica à Saúde seria capaz de produzir o perfil de egresso almejado, aquele que se preocupava com pessoas mais que com suas doenças, enquanto promotores de saúde e não curadores de males. Bonnet (2010), ao realizar uma pesquisa etnográfica com dois grupos de médicos, no Brasil e na Argentina – um grupo composto de médicos de diversas especialidades e outro, somente com médicos de família – concluiu que estes últimos apresentavam uma preocupação maior com as pessoas, mais do que com as alterações ou perturbações que apresentavam, atribuindo essa diferença às características da formação proporcionada pela MFC. O autor levantou dados significativos de que mesmo aqueles que escolhiam outras áreas de atuação tinham uma conduta distintiva, pois o grande diferencial dessa especialidade médica era os princípios preconizados – integralidade, equidade, humanização e universalidade de acesso.

Foi o que se pôde observar nas colocações de um aluno, abordando a visão biomédica passada em algumas aulas e a sua percepção sobre a necessidade de

manter o olhar para as particularidades apresentadas por cada pessoa em adoecimento acolhida pelo médico:

> *Estudando a fisiologia da dor, pode-se perceber que ela é composta de duas partes: componente perceptivo-discriminativo e o afetivo-motivacional. Pode ter ocorrido a "mesma" lesão em alguém, mas o modo que este enfrenta a sua dor ajuda na resposta da mesma. Logo, podemos perceber que "o adoecimento é dotado de subjetividades". E, por falar em subjetividades... A valorização das ciências humanas é muito necessária, porque cada vez mais há a necessidade de ir além do modelo biomédico e de seus aparatos tecnológicos (E157, PR4).*

Outro estudante concordou com as conciliações das dimensões técnicas e éticas no ato do cuidado sendo potencializadas pelo pensamento reflexivo:

> *A atribuição necessária para um médico de sucesso requer um embasamento teórico e prático, mas acima de tudo uma sensibilidade superior para lidar com problemas alheios. A grande diferença entre um médico que possui um grande conhecimento e um médico sábio está na forma que ele concilia o conteúdo técnico com o tratamento humanizado ao paciente (E159, PR3).*

PROVAS / Abdução

Cinco provas foram abduzidas dos dados com o objetivo de corroborar a hipótese. Elas foram organizadas e serão apresentadas separadamente para facilitar o processo de análise, embora, na prática, estejam entrelaçadas.

(1) Valorização da experiência prévia trazida pelo estudante

Métodos tradicionais de ensino partiam do princípio de que quando um aluno iniciava um curso não possuía conhecimentos prévios sobre aquele campo específico e considerava que suas concepções eram provenientes do senso comum e, portanto, equivocadas. Abordagens mais atuais, no entanto, especialmente aquelas inspiradas nos princípios da educação libertadora de Paulo Freire compreendiam que os saberes trazidos pelo aprendente eram os fundamentos de sua aprendizagem.

Nesta direção, os PRs não apenas consideravam e enlevavam como também valorizavam tais experiências ao conceber o trabalho em si como histórias de vida (COTTA et.al., 2013), o que implicava afirmar que "as reflexões provocavam nos estudantes algo parecido a uma catarse, decorrente de um intenso exercício de introspecção/reflexão e (re)visitadas a tempos e lugares 'esquecidos' ", como um

convite a “sair do óbvio” (p. 1851-2). Falar de si foi uma forma de atualizar seus afetos no momento de construção do PR:

> *Tenho um exemplo muito triste na minha família e que vivo ele todos os dias, meu avô com mal de Alzheimer, tem dias que ele está ótimo, sorrindo, conhecendo todo mundo e lutando para melhorar, porém, tem dias que chego para visita-lo e ele simplesmente fala que quer morrer pois não aguenta mais dar trabalho para minha vó e para toda nossa família. (...) Situações de morte são muito complicadas, isso sempre me afastou um pouco da medicina e é o que tento aprender a lidar todos os dias. (...) Um dos motivos para eu não entrar no curso de medicina assim que terminou meu ensino médio foi porque eu não soube lidar com a perda da minha avó paterna. Isso infelizmente mexe muito comigo, e acho que não sou a única. (...) Nós, estudantes de medicina, temos que aprender a lidar a cada dia com essas situações, somos sempre provados a isso (E135, PR2).*

Com isso, a ideia de que a formação profissional não era dissociada da formação pessoal se fortalecia. Características individuais estariam na base da escolha por uma profissão, por uma especialidade e as demais que se fizesse ao longo da vida. No entanto, pouca visibilidade era dada a isso, aspecto que o PR ressaltava e resgatava por meio do exercício reflexivo:

> *Esses últimos cinco anos da minha vida, simbolizam de fato um período de maior amadurecimento cultural. Tive a grande oportunidade de conhecer inúmeras pessoas que me fizeram mudar a perspectiva do meu olhar sobre o mundo. Que fizeram com que eu enxergasse as diferenças de uma maneira mais plena a fim de abraça-las de forma mais sincera. De um modo geral, meu senso de humanidade só obteve ganhos. Minha esperança em um mundo melhor- apesar de se desmoronar em situações- manteve-se firme quando eu mais precisei. (...) Dois mil e dezesseis foi o salto que eu precisava dar para mostrar a mim mesmo, minha própria força. (...) No final do semestre passado, em meu segundo portfólio, dissertei sobre o fato de ainda não saber qual era minha missão nessa cidade. O porquê de eu ter sido enviado para tão confronto existencial, ainda não consigo dar com exatidão essa resposta, mas posso dizer com toda firmeza e segurança: [este local] tem sido uma grande experiência de vida (E140, PR3).*

(2) Mudança de atitude no desenrolar do processo.

A segunda evidência referiu-se à mudança de atitude relatada por vários estudantes na construção dos PRs, quando se reportou à visão inicial de uma medicina que focalizava desajustes e alterações, para uma outra, voltada às pessoas em sua integralidade, suas condições de vida, seus contextos e suas histórias:

> *É perceptível a evolução constante de nós, acadêmicos de medicina, temos no decorrer do curso. No início, aquela euforia pela aprovação no vestibular a achar que somos melhores que os outros por estar em um curso concorrido e prestigiado como o de medicina. Depois, com o tempo, a maturidade vai chegando e as responsabilidades que teremos nessa profissão começaram a falar mais alto. Com isso, deixamos de lado o egocentrismo e começamos a olhar, não somente para dentro de nós, mas também para o nosso semelhante com uma visão diferente daquela que tínhamos (E159, PR2).*

As mudanças também eram percebidas no nível pessoal, em suas concepções sobre si mesmo no processo de formação e como futuro médico, uma realidade ainda sonhada e pretendida, mas, sobretudo, nas suas experiências na vida cotidiana:

> *No final desse semestre, me faço um julgamento talvez não punitivo, mas sim uma autoavaliação que faço após realizar meu portfólio. A experiência que eu tive com esse trabalho, foi um importante fator para aperfeiçoar as minhas atitudes e situações que precise de um lado mais humanizado, ou seja, estimulou mudanças em meu comportamento, fazendo com que eu melhorasse meu desenvolvimento em serviços diários (E126, PR4)*

O método proporcionou uma revisão de conceitos e posturas, através dos questionamentos, das problematizações da realidade:

> *Ter vivido experiências como atividades vivenciais e as visitas domiciliares [na comunidade], ajudou-me a modificar meus conceitos sobre a conduta médica na promoção da saúde. Passei a reconhecer, ainda mais, que o paciente é um ser integral, cheio de valores, perspectivas e sentimentos. (...) Espero que eu consiga continuar este trabalho sem me esquecer, jamais, do aprendizado que tive nesse componente curricular. Eu tenho certeza de que meu aprendizado não foi em vão e muito hei de pô-lo em prática durante minha formação e enquanto estiver exercendo minha profissão (E158, PR4).*

(3) Compreensão da concomitância e ambivalência de modelos existentes

Uma das realidades que vigoravam na formação de profissionais de saúde era a concomitância de modelos antagônicos, sendo que haveria uma hegemonia da biomedicina – regida por uma racionalidade peculiar, segundo Tesser; Luz (2008) – e um movimento contra hegemônico biopsicossocial. O currículo híbrido era uma tentativa de atenuar esse problema, mas, ao mesmo tempo, gerava outras dificuldades no conjunto de atividades dos cursos, pois a maioria dos professores, por ter recebido a formação tradicional, ainda estava imersa no universo biomédico.

Essa realidade foi percebida e problematizada pelos alunos:

> *De nada vale a mais perfeita técnica se esta não for permeada por questões éticas bem definidas objetivando promover o verdadeiro sentido da profissão: oferecer mecanismos para a manutenção da saúde, com qualidade de vida (E137, PR2).*

Uma das razões encontradas para isso foi que ainda vigorava uma confusão entre os dois modelos, não apenas entre os estudantes, mas, principalmente, entre profissionais, pensadores e estudiosos que já a algum tempo estavam envolvidos nas necessárias mudanças em torno da educação médica:

> Ao analisarmos o documento de reformulação curricular da UFF, consideramos que houve avanços importantes no sentido de questionar o modelo biomédico de formação. Acreditamos, porém, que a profissão médica requer conhecimentos da área biológica, e não se pode eliminar o aspecto biomédico na formação desse profissional (KOIFFMAN, 2001, p. 68 – grifos nossos).

Ainda há que se compreender que o modelo biopsicossocial não prescinde da esfera biológica, mas integra a estas outras dimensões que, equivocamente, foram colocadas como secundárias nos currículos médicos. No momento atual, espera-se que com o passar de mais de quinze anos desde a publicação citada acima, tais equívocos tenham sido percebidos e que as reformulações curriculares tenham sido situadas em uma proposta integradora, definitivamente não biomédica, nesta e outras instituições de educação médica de projeção nacional.

(4) Otimização do processo de ação-reflexão-ação

O PR corroborava os novos paradigmas vigentes na educação e na saúde, propondo uma reflexão sobre os papéis dos estudantes e professores no processo educativo. Constituíam-se como instrumentos de diálogo entre os participantes desse processo e eram continuamente construídos, desconstruídos, reconstruídos na ação-reflexão-ação, por meio de opiniões e questionamentos partilhados, que retratavam diferentes modos de ver e interpretar o estudo, o trabalho, o mundo, a vida:

> *O portfólio reflexivo é um mecanismo versátil, generalizado e didático. Onde o aluno consegue desenvolver suas opiniões embaraçadas em artigos científicos, ou seja, a cada Portfólio eu consigo ter uma opinião formada sobre um determinado assunto. Por isso, considero essa ferramenta de trabalho fundamental no curso de medicina, pois no período inicial/introdutório cada acadêmico deve estar consciente das suas responsabilidades daqui pra frente, afinal, a jornada não é nada fácil (E151, PR4).*

Uma das inovações pedagógicas proposta por este método foi a intencionalidade do estudante ao organizar seu próprio material de acordo com suas experiências e reflexões durante o processo, possibilitando a descoberta de seus talentos e potencialidades. Não se tratava apenas de uma compilação dos trabalhos compreendidos como relevantes pelo estudante, após o trabalho de análise crítica e fundamentação. “O que é importante não é o portfólio em si, mas o que o estudante aprendeu ao criá-lo ou, dito de outro modo, é um meio para atingir um fim e não um fim em si mesmo” (ALVES, 2004, p. 104), como escreveu o aluno a seguir:

> *Em experiências prévias fui acostumada a escrever de modo padronizado. Com o desenvolvimento do portfólio descobri uma exitosa ferramenta de reflexão, onde pude articular com verdadeira liberdade de expressão. Com este instrumento pude pensar em conteúdos teóricos que estudando no decorrer de semestre e ainda pude fazer associações com eles. Por diversas vezes no dia “me peguei” pensando no que gostaria de escrever neste trabalho e ainda pensando sobre os assuntos debatidos em aula sobre as leituras sugeridas (E118, PR4).*

(5) Reconhecimento da importância do conhecimento da realidade da população por parte do aluno, médico em formação.

Foi demonstrado no Capítulo 1 deste estudo, o quanto a medicina, e consequentemente, a educação médica, foi um campo de conhecimento que se desenvolveu em paralelo às necessidades de saúde da população. Como consequência, a formação tendia a reproduzir e a perpetuar o modelo vigente distante da realidade das pessoas. As propostas atuais visavam sensibilizar os futuros médicos para a importância de se operacionalizar as políticas vigentes, transformando os princípios do SUS em realidade:

> *As visitas domiciliares que fizemos na parte II do segundo semestre, tiveram por foco o retorno às casas. Tal modelo de visita é essencial para podermos observar os resultados de nossa participação na vida dos pacientes. Buscando uma humanização e associando a teoria com a prática, podemos ofertar e vivenciar um direito garantido por constituição: um Sistema Único de Saúde: universal, integral e equânime. Ou seja, tirar o SUS do papel. (E157, PR4).*

A exposição do acadêmico à realidade da população, levando-o semanalmente desde o início do curso aos cenários reais, local onde a vida da maioria da população

acontecia, promoveu uma sensibilização significativa e impulsionou a uma revisão de valores em relação ao papel do médico:

> *Como aluno e estudante de medicina, pude perceber a importância que a empatia tem para um profissional da saúde e, acredito ainda que tenho muito para aprender como pessoa e profissional durante os próximos seis anos que irei passar, então, no geral, considero satisfatória a confecção deste trabalho acadêmico, pois assim foi-me permitido colocar em palavras o que passei e aprendi de forma a frisar melhor essas experiências. (...) O padrão do profissional na área da saúde que se busca formar hoje é justamente aquela pessoa amigável, que entra na vida de um paciente e trata preto ou branco, rico ou pobre, enfim, todos de maneira igual. (E119, PR2).*

TESE

“A identificação com o modelo de médico ideal baseado na biomedicina persistia, apesar das tentativas de mudança”.

A partir da enunciação da hipótese novos argumentos foram construídos para questionar as provas abduzidas, chegando-se à tese em questão. Percebeu-se que as perguntas levantadas pela provocação da forma associativa de trabalhar com teorias e práticas tiravam o estudante de uma posição de conforto em relação a modelos diferenciados, mas não com uma garantia de mudança. A narrativa abaixo revelou um pensamento que insistia: apesar da tentativa de se reinventar, o estudante mencionou o desejo de seguir especialidades que atendiam não o sujeito em si, mas aquelas nas quais os vínculos não eram estabelecidos:

> *Estou no momento, reinventado a ideia do que serei como médica. E (...) será muito mais que um C.R.M, não sei a especialidade ainda – talvez anestesista, talvez pediatra, talvez cirurgiã... – mas ela terá um atendimento de primeira, terá uma consulta amigável e confortável, terá um diagnóstico baseado não apenas na tecnologia, mas no paciente como ser vivente e cheio de opiniões que sofre influências do meio ambiente, da situação econômica, do local em que vive, das suas próprias características biológicas etc... (E125, PR4).*

Nas especialidades mencionadas, na medicina de hoje, percebe-se essa realidade: na pediatria, a criança nem sempre tem voz ativa e se torna cada vez mais comum encontrar pais inseguros ou que não conhecem as necessidades do filho; o anestesista tem o papel de apagar o paciente, e o cirurgião trata-o desacordado. Pouca ou nenhuma interação há nesses casos, para os quais a biomedicina pode ser o modelo que facilmente camufla condutas estereotipadas de distanciamento. Apesar

de ser insistentemente convidado a problematizar a realidade, este estudante reconheceu-se jovem e com um pensamento já construído, tendo o modelo biomédico como sua escolha, admitindo que isso não era facilmente mutável:

> *É o jovem, ainda não formado por completo de sua opinião e pensamento, influenciável por aspectos culturais e tendências. Em outras palavras, o mundo atual voltando para a tecnologia, para a medicalização, para a pressa – de atendimento e diagnóstico – que dará o norteio para a população mais nova. Isso não é diferente do que ocorre com os estudantes de medicina, que em sua maioria jovens, possuem uma mentalidade voltada ao modelo biomédico, ao modelo de distanciamento entre médico e paciente, medicalização, da hierarquia médico-paciente e médico-companheiro de trabalho não médico (E125, PR4).*

Pôde-se verificar uma inquietação significativa diante da provocação incitada pelo modelo reflexivo. Houve um estudante que se autoafirmou como inclinado à adoção de atitudes biopsicossociais, mas se questionou em relação a sua futura postura diante das realidades que enfrentará como médico:

> *"Será que como médica eu me culparei por não ter conseguido vencer essa batalha?" (Quando passei para cursar medicina ouvi de um médico uma frase que nunca vou conseguir esquecer: "um dos nossos inimigos é a morte e ela sempre vence, a diferença é como e quando."). "Será que medidas como a eutanásia seriam viáveis em determinadas situações?" "Como podemos atentar para a questão da saúde mental do cuidador membro da família?"... Todas estas perguntas ainda se encontram sem uma resposta plausível pra mim... (E125, PR2).*[79]

ANTÍTESE

"Uma quantidade significativa de estudantes aderia a uma visão mais humana do médico e do paciente na construção dos PRs".

Como contra-argumentação à tese e, baseando-se nas provas abduzidas, compreendia-se que, talvez, não fosse possível generalizar a todos os integrantes do contingente investigado um conflito em relação aos modelos de saúde. A despeito dessa constatação, a antítese demonstrou que uma quantidade significativa dos alunos, por meio da reflexão, conseguia perceber os problemas relativos à

[79] As aspas foram utilizadas no texto original do aluno e mantidas aqui para se conservar fidedigno a sua produção.

(re)humanização da medicina (GALIAN, 2000), que tem sido um tema relevante nas discussões atuais no contexto das práticas de saúde:

> *O curso de medicina é extremamente exigente com relação aos requisitos técnicos e científicos. Tais competências, se não compreendidas de maneira correta, levam aos profissionais da saúde e se distanciarem do real propósito do médico, que é cuidar de pessoas, ou seja, a medicina é essencialmente uma ciência humana. Se não freada, essas ações voltadas para o lado científico têm como consequência a frieza do médico (E118, PR1).*

Refletindo sobre empatia na prática médica, outro aluno comentou que a integração curricular, ou seja, a associação entre teorias e práticas favorecia ao aprendizado de temas referentes à necessidade da mudança de modelos de saúde e da adesão a uma abordagem biopsicossocial por parte dos alunos como algo possível de ser construído processualmente durante a formação:

> *Um ponto interessante sobre empatia conectada a minha nova realidade vem justamente da junção das aulas de psicologia médica e saúde e sociedade. Quando faço visitas domiciliares, agora, tento desenvolver um olhar além. Algo que me torne mais proativo. Ali, enquanto inserido naquele contexto, tento examinar o que está ao meu redor, o que está ao redor do meu paciente. Acredito que estou em fase de aprendizagem, e esse é um momento muito oportuno para eu desenvolver a minha empatia. (...) Não sei as técnicas exatas, mas estou tentando algumas. Uma delas, eu citei no próprio Portfólio, que consiste em tratar o paciente como sendo um membro da minha família. Não sei se isso pode provocar algum sentimento de dor em mim, especialmente se eu acabar me especializando em alguma clínica que lida diretamente com vida/morte, como oncologia, cirurgia ou intensivista, por exemplo (E164, PR2).*

SÍNTESE

“O estudante compreendia, com a construção de PRs, a possibilidade de escolher o modelo que desejava seguir”.

A síntese representou o conjunto de tudo o que foi analisado, confirmando a hipótese inicial de que havia um potencial no método em promover, por meio da reflexão, a compreensão de que o modelo de médico era uma escolha feita por cada pessoa, sem, no entanto, desconsiderar a força do modelo hegemônico:

> *Durante este ano que passei na faculdade, foi suficiente para levar comigo a certeza da escolha certa, a escolha da Medicina, a certeza da escolha da vida. Levo comigo práticas de promoção, de prevenção, reabilitação, humanização, empatia, clínica ampliada. Levo comigo a certeza de que devo*

> *olhar meu paciente como se fosse eu, que ele não é uma doença, é um doente que precisa de mim e que está depositando em mim a confiança de um melhor bem-estar e condição de vida (PR4, E124).*

No trabalho de orientação dos PRs, em certa ocasião, um estudante mencionou que tinha muita dificuldade em lidar com essa inovação metodológica porque ele vinha da área de ciências exatas e considerava veementemente que a medicina também se localizaria neste escopo. Ele tinha uma formação prévia e havia escolhido o campo médico para manter os conhecimentos afins. Foi preciso problematizar com ele que a medicina se situava entre as ciências da saúde e da vida e, neste âmbito, toda química e fisiologia tornam-se dicotômicas. No entanto, esse equívoco ideológico levava-o a acreditar que poderia associar os dois modelos, negando a impossibilidade dessa aproximação por se tratar de lógicas diferentes: a racionalidade biomédica caminhava na direção de uma visão universal da doença que deveria ser aplicada a todas as pessoas em qualquer lugar e tempo, independente das culturas e contextos. Em contraposição, a racionalidade biopsicossocial partia da visão das pessoas inseridas em seus contextos reais e cotidianos para compreender os múltiplos determinantes que colaboravam para a efetivação de um processo saúde doença, assimilado em sua complexidade.

A realidade atual das EMs, que ainda mantém a transmissão de conhecimentos biomédicos, contribui para a reprodução e perpetuação do modelo vigente, em detrimento aos outros advindos das ciências sociais, humanas e da saúde coletiva, tal como foi demonstrado no Gráfico Nº 07 no capítulo anterior. No cotidiano das práticas como médico, o profissional necessitará dos conhecimentos dessas áreas que priorizam as pessoas, as políticas contemporâneas que operam sob a lógica do cuidado voltado para a promoção da saúde, mais do que para a cura das doenças.

Ao perceber essa realidade ambivalente, em termos de modelos de saúde, a escolha por um deles era problematizada e promovia reflexões em torno do ato de escolher por um ou por outro, considerando os diversos determinantes nele implicado e associando com o que estava sendo veiculado em termos de conhecimento sobre este tema:

> *Meus pensamentos sobre a medicina eram até infantis, imaturos e idealizados. Era constituído num desejo de ser estável economicamente, ajudando os outros e exercendo aquilo que amo. Hoje sei que a faculdade, o saber médico, torna as pessoas saturadas com aquilo que vemos no dia-a-dia e mais ainda, torna aquela situação trágica, de emergência em algo*

> *comum, banal; assim, os médicos ficam frios, insensíveis, poucos emocionados com a situação de uma pessoa. (...) A falta de vínculo, a falta de interesse, de vontade de encontrar as diferenças em cada pessoa, em cada situação torna os médicos mais propícios a cometerem erros, a traumatizar o paciente, em criar uma antipatia natural dos pacientes. O médico, assim, transmite uma imagem de que sabe de tudo, que não erra, que é perfeito, e que os pacientes, infelizmente, são apenas um objeto de estudo momentâneo. (...) É esse médico que não quero ser. E hoje, entendo que tudo não é só medicina, que ter um C.R.M não faz da pessoa um modelo de médico a ser seguido. O médico que quero ser é aquele que não se choca mais com a realidade dos outros, mas que se preocupa em fazer com que o paciente se sinta acolhido, que entenda que o paciente não é um objeto, é um ser com sentimentos, com ideias, com expectativas e planos futuros. (...) Tô me empenhando em tornar isso real – se irá acontecer, quem sabe? – enquanto isso, descubro cada vez mais sobre novos autores, sobre novos conceitos – o grande baque nesses últimos dias foi descobrir que mesmo super aconselhável, a anamnese não é a melhor forma de solidificar um vínculo com o paciente, de dar um diagnóstico, de criar um plano de saúde – a medicina fica cada vez mais complexa e interessante (E125, PR4).*

Como síntese compreendeu-se que o ato humano de escolher revelava ao estudante a complexidade de um processo multidimensional e que, aplicado à medicina atual, oportunizava-lhe trilhar por caminhos mais condizentes com seu desejo, o que lhe ajudava a dar significação ao trabalho e enfrentar com um maior potencial de saúde os processos de violência silenciosa típicos da profissão. Ou, por outro lado, deixar-se levar pelas tradições e seguir em um processo mais propenso ao adoecimento e adoção de condutas estereotipadas e defensivas.

No entanto, um elemento se colocou nesse processo de escolha causando um certo embaraço nas ideias, que foi a noção já bastante incrustada da associação direta entre medicina e sofrimento, tema analisado no *Templum* anterior e que, como se verificou, ainda alimenta as representações da graduação como um tempo para aprender a sofrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ocasião da qualificação do projeto de tese no mês de julho de 2017, duas situações foram suscitadas pela banca examinadora e que serão discutidas brevemente finalizando o trabalho. A primeira foi relacionada à escolha do objeto de estudo, qual seja a saúde mental do estudante de medicina, a dinâmica de vida que o envolve durante o curso e as nuances advindas contexto da formação médica contemporânea. Discentes de outras graduações também enfrentam dificuldades relativas à conjuntura em torno de suas áreas educacionais específicas. Enquanto este texto estava sendo construído, o jornal online Saúde Estadão, publicava a reportagem “Aumento de transtornos mentais entre jovens preocupa universidades”, que discorre sobre a situação de adoecimento de jovens de outros cursos e o enfrentamento das adversidades (CAMBRICOLI; TOLEDO, 2017). Além disso, o aumento de casos com transtornos mentais aumenta a cada dia e será em breve considerado como as doenças mais incapacitantes do mundo, em especial, depressão e ansiedade, segundo previsão da OMS (2001). O que justificaria, então, essa delimitação?

A segunda situação abordada foi em relação aos modelos de saúde e sua associação com a construção da identidade médica, no Capítulo 5, neste caso, os modelos biomédicos e biopsicossocial. Para compreender a dinâmica entre a escolha por ser médico e seus atravessamentos, utilizou-se as expressões “médico real” e “médico ideal” como referência, respectivamente, ao modelo dado, socialmente construído e aquele que passa por um processo de subjetivação – ou seja, que perpassaria um percurso transcorrido pelo próprio sujeito que lhe levaria de uma posição de receber aquilo que lhe foi dado até transformá-lo em uma conquista própria condizente com o seu desejo. Ao forjar e sustentar esses conceitos, estaria esta tese propondo uma dicotomia entre eles? E, ainda, propondo uma desvalorização da biomedicina e um enaltecimento da concepção biopsicossocial? Nada se aproveitaria da biomedicina e a concepção biopsicossocial seria uma anulação completa dos preceitos vigentes até então? Nada restaria daquele desejo inicial advindo do outro, apenas a singularização?

São questões que foram problematizadas, sem pretensões de esgotar o assunto, mas de encontrar abertura para impulsionar uma discussão que, ao finalizar a tese, demonstraram relevância e pertinência.

Antes, porém, seria importante ressaltar o quanto os conceitos que alinhavaram a pesquisa e o método de análise para utilizá-los foi fundamental à elaboração do estudo, dando viabilidade e a fundamentação necessárias, evitando que os vieses de discussão se perdessem nos meandros dos inúmeros achados propiciados pelo trabalho de campo.

Quando há escassez de cuidado para quem será um cuidador...

A atividade de assistência aos estudantes e de docência em educação médica a cerca de 10 anos levou a autora a uma comparação em relação ao perfil dos alunos, uma vez que também lecionava em outros cursos da área da saúde – enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia – e de outras áreas acadêmicas – direito, pedagogia, educação física.

Como ponto de partida para essas breves reflexões finais, tomou-se a figura do médico como um cuidador e a do estudante como alguém que se preparava para exercer essa função. Que diferenças poderiam haver nessas formações que incorreriam em um nível maior de sofrimento para os alunos de medicina? Possíveis respostas para este questionamento foram buscadas na literatura, no cotidiano, na própria pesquisa, encontrando-se alguns caminhos reflexivos, ou caminhos do pensamento (MINAYO, 2002), um termo adotado para qualificar estudos que seguem por uma vertente epistemológica e que se voltavam para o movimento próprio do âmbito do vivido.

O primeiro deles relaciona-se, em alguma medida, ao acesso ao curso, marcado por um número reduzido de vagas disponíveis em todo o Brasil e, em particular na região sudeste, se aferida com a necessidade de médicos, apresentando diferenças substanciais em relação às demais, conforme foi apresentado no Capítulo 1. Em comparação com outros cursos, foi possível perceber que praticamente não havia concorrência entre os candidatos: existem hoje mais vagas do que candidatos, com exceção das universidades públicas que são, naturalmente, mais concorridas. Assim competitividade, concorrência e disputa apresentavam-se já nessa fase ao

estudante de medicina, além de uma exigência considerável em termos de revisão de conteúdos típica dos preparatórios para os exames de acesso ao ensino superior. Os riscos à saúde[80] também se exprimiam à medida que as imposições internas (da obrigatoriedade de escolher uma profissão) e externas (expectativas dos pais e da sociedade) também se avolumavam, produzindo alguns prejuízos na qualidade de vida dos jovens que se viam pressionados a dar uma resposta social e familiar, bem como obter uma garantia de um futuro bem sucedido. O prestígio social e outras ideais que cercavam a profissão médica se associavam aos fatores anteriores aumentando o peso da responsabilidade e do valor da conquista da vaga (MILLAN, 1999; MILLAN; ARRUDA, 2008).

O segundo caminho reflexivo foi relacionado à própria conjuntura, como discutido nas análises do capítulo 5. A aprovação no vestibular produzia uma sensação sazonal de efusividade e realização plena que perdurava até a primeira semana de provas, levando o jovem estudante de um sentimento de plenitude a uma realidade que, inicialmente, contrariava o ideal de completude provocada pela entrada no curso. A estruturação em período integral, a carga horária elevada, o alto volume de conteúdos, a pressão para aprender uma grande quantidade de informações, metodologias de ensino ainda bastante fundamentadas nos modelos tradicionais flexnerianos e as obrigações diárias, por vezes excessivas, somavam-se para provocar uma sobrecarga e ocasionar certa frustração ao aluno. Outros fatores se presentificavam colaborando para aumentar a sensação de impotência: falta de tempo para lazer e atividades sociais, o contato quase diário com o sofrimento e com a morte, deterioração nos domínios da vitalidade, saúde física e psíquica e, consequentemente, diminuição na qualidade de vida. Para dar conta e manter o ideal de onipotência, os comportamentos de risco passavam a fazer parte do cotidiano e podiam precipitar o surgimento de vulnerabilidades à saúde mental e, alguns casos, provocar o desenvolvimento de transtornos mentais maiores (alterações do ciclo sono vigília, depressão, ansiedade, dependência química e, até mesmo, suicídio, tendo este último uma maior prevalência nesse grupo do que na população em geral), tal como demonstrado no Capítulo 1.

Em relação ao contexto atual da educação médica, foi importante considerar o movimento de mudanças atuais que colocavam o estudante nos cenários reais da

[80] A questão dos riscos à saúde foi problematizada por Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013).

atenção básica, em visitas domiciliares, desde o primeiro período do curso. Partindo da premissa de que o aprendizado dos princípios do nível primário de saúde seria potencialmente capaz de promover um perfil de egresso comprometido com as demandas sociais (BONNET, 2014), as novas DCNs (BRASIL, 2014) enfatizavam a inserção do aluno nesse contexto e fomentava o ensino efetivo de um “SUS que dá certo”, a partir do engajamento dos atores nas políticas públicas (BEDRIKOW: CAMPOS, 2015).

Um terceiro caminho de pensamento foi visibilizado a partir desta constatação. Um volume de publicações, com claro movimento ascendente na última década, demonstrou o quão pertinente era a discussão sobre a saúde mental do estudante de medicina, ainda que não fosse uma preocupação nova. Apesar das transformações atuais, publicações como a de Perestrello (1974), Hoirisch (1992), Eksterman (1977) e Mello Filho (1992) foram exemplos da presença deste debate já na década de 1970. A criação de serviços de apoio a estudantes na década de 1960, como a experiência da USP (MILLAN; ARRUDA, 2008), também confirmaram a pertinência do tema: guardadas as diferenças decorrentes das mudanças ocorridas nas últimas décadas, os achados que motivaram esses estudos continuam pertinentes.

Concomitantemente à conclusão desta tese, um artigo sobre problemas de saúde mental entre estudantes de medicina no cenário brasileiro foi publicado por Pacheco (et.al., 2017), apresentando uma revisão sistemática realizada nas bases de dados MEDLINE / PubMed, SciELO, LILACS e PsycINFO. Os resultados indicaram a presença de transtornos do humor (depressão) com 30% de prevalência, transtornos mentais comuns (31,5%), burnout (13,1%), uso abusivo de álcool (49,9%), baixa qualidade do sono (51,5%), sonolência diurna excessiva (46,1%) e ansiedade (32,9%). Ainda foram constatados sinais de falta de motivação, suporte emocional e sobrecarga acadêmica correlacionados com problemas de saúde mental (PACHECO et.al., 2017). A conclusão foi de que há uma alta prevalência de problemas de saúde mental “entre os futuros médicos no Brasil”, requerendo “intervenções baseadas em evidências e apoio psicossocial” para “promover a saúde mental entre estudantes de medicina brasileiros” (PACHECO et. al., 2017, p. 369)[81].

[81] A autora teve acesso a este estudo por participar de um grupo de profissionais ligados à serviços de apoio a estudantes de medicina em todo o Brasil. Este grupo desenvolve anualmente no COBEM (comentado no Capítulo 1) o Fórum de Serviços de Apoio a Estudantes de Medicina (FORSA), que no corrente ano chegou a sua 11ª versão, e, em 2017, formou um grupo, em um aplicativo para dispositivos celulares móveis, para facilitar o compartilhamento de informações.

A questão do cuidado foi o quarto caminho de pensamento trilhado e que, de algum modo, foi abordada ao longo do trabalho, ao se propor o modelo biopsicossocial como um paradigma emergente nos cenários de saúde. O cuidado tem sido compreendido como categoria fundamental como “constructo filosófico e atitude prática” (AYRES, 2006). Com mais detalhes:

> Entendemos como cuidado uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, com o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modo de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição estrita de produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento (p. 56-7).

Preferivelmente, o cuidado deveria ser apreendido dentro desta lógica na graduação, processo que, acreditava-se, daria início ao exercício do cuidado com pessoas. Essa apreensão, no entanto, não ocorria somente pelo que se aprendia com as teorias, neste caso, já partindo do pressuposto de que o curso desenvolveria formas para desenvolver habilidades éticas e relacionais (o que nem sempre acontecia no mínimo desejável). Além do plano conceitual que, necessariamente, implicaria em um plano prático, necessitaria vivenciar o cuidado consigo e com o outro para que houvesse aprendizado efetivo. O cuidado seria, portanto, “acontecimento” (MERHY; FRANCO, 2013, p. 176) e se este faltasse para o estudante, o processo de transformá-lo em cuidador seria colocado em risco, pois, no universo em que foi imerso, quase sempre, a lógica do cuidado esteve ausente. Uma das razões para que isto acontecesse era a naturalização e, consequentemente, a banalização do sofrimento durante a graduação.

Havia uma ideia recorrente entre profissionais de saúde de que um distanciamento emocional seria necessário para que o cuidado pudesse ser operacionalizado. Porém, na atualidade, essa distância parecia ser demasiada e um discurso comum de que a maioria dos médicos eram frios e distantes ecoavam nos serviços de saúde. Nas aulas de ciências humanas e sociais das instituições pesquisadas, uma das noções trabalhadas com os estudantes, utilizando argumentos e embasamentos da psicologia relativa à composição dos processos psicológicos referentes às sensações e percepções, era da impossibilidade de uma insensibilidade:

a todo momento o ser humano vivo recebe, processa e interpreta estímulos ambientais e depende de um funcionamento mínimo do aparelho sensitivo para viver. Logo, manter-se completamente insensível e não envolvido em situações tipicamente humanas (nascer, viver, sofrer, morrer...) seria da ordem do impossível. Tais condutas estereotipadas poderiam ser melhor definidas como defensivas que, em alguma medida, até salutares, mas que, em certos casos, tornavam-se demasiadas e adoecedoras, com o agravamento de que se poderia passar de um estado ao outro sem que se percebesse. Se o discente fosse exposto ao aprendizado desta forma relacional a maior parte do tempo, a tendência seria de que como profissional ele reproduzisse a forma aprendida. A naturalização do sofrimento na medicina fortaleceria esse ciclo e, consequentemente, intensificaria processos de violência silenciosa.

Ao tomar o conceito de saúde mental na perspectiva da dinâmica bem-estar/mal-estar procurou-se demonstrar que a angústia fazia parte da construção da identidade médica: lidar com certas frustrações e exigências típicas do ser médico ajudavam a preparar o estudante para a realidade profissional futura que o esperava. O mal-estar, portanto, não deveria ser anulado nem tamponado ou eliminado. Precisava ser trabalhado com estratégias de enfrentamento que levassem mais à elaboração, à possibilidade de significação e menos a estratégias defensivas que já deram provas de sua ineficácia. Nesse sentido, foi preciso considerar que o aprendizado da biomedicina corroborava um afastamento demasiado da dimensão da pessoa e o enevoamento da subjetividade com repercussões importantes no ato de cuidar.

Outros caminhos de pensamento são possíveis para sustentar novos estudos sobre a saúde mental dos estudantes de medicina, mas seria impraticável percorrê-los todos aqui, o que fugiria ao objetivo do tópico em questão que visa finalizar o trabalho. Resta, então, considerar que a construção deste estudo levou à compreensão de que o modelo biopsicossocial favorecia ao aprendizado do cuidado e, portanto, a consolidação de um novo paradigma em saúde contribuiria também à saúde do estudante. Ou seja, os dois tópicos abordados aqui na finalização do trabalho estão atrelados.

Por um modelo de saúde integral

A biomedicina deu provas de sua eficácia no tratamento das doenças, das epidemias e de toda sorte de perturbações à saúde, especialmente nos moldes de atenção flexnerianos, visando eliminar males por estar apoiada em métodos científicos. Souto; Pereira (2011) que a eficiência da biomedicina foi impressionante até a década de 1920, quando a prioridade era garantir a vida. Com o avanço tecnológico e científico em acelerada velocidade nas últimas décadas, a longevidade foi alcançada e agora cabe as ciências da saúde manter a qualidade da existência. Os autores estimaram uma diferença qualitativa importante entre viver e existir: o primeiro relacionado à atividade fisiológica e o segundo, à experiência com os fenômenos típicos da vida – relacionar-se, trabalhar, agir, pensar, sentir, reagir etc.:

> Esse processo precisa, pois, explorar a enfermidade em seu ambiente histórico, social e cultural, compreendendo-a à luz da experiência e das percepções do próprio sujeito. Ao identificar necessidades de saúde, valorizar elementos relacionados ao sofrimento, ao risco e à vulnerabilidade, e ao propor um plano de cuidado, fazê-lo conjuntamente com o interessado, de maneira negociada, compreendendo este como um ser existente e autônomo. (...) Isso pode ser feito por meio de um ajuste equilibrado entre as necessidades, as possibilidades, os desejos e as responsabilidades do profissional de saúde, do serviço de saúde e do próprio sujeito. Em síntese, o encontro proporcionado pelo vínculo permite que se faça uma história clínica reflexiva que, contida na história de vida da pessoa, amplia a compreensão médica para além da doença; ou seja, para o fenômeno existencial do adoecimento. Uma história assim construída valoriza significados e representações da enfermidade e do risco (compreendido como contingência) e incorpora o conceito de vulnerabilidade (autonomia do sujeito sobre o risco). Consegue compreender, pois, as percepções da pessoa a respeito da doença e trabalhar o adoecimento e a morte como processos existenciais; portanto, contextualizados ao ambiente e ao cotidiano da vida (SOUTO; PEREIRA, 2011, p. 180-181).

O afastamento de aspectos biopsicossociais, portanto, poderia levar o médico a manter uma postura de desconsideração de si mesmo e do paciente como pessoas:

> O discurso da medicina, via de regra, apoia suas observações e formulações, exclusivamente, a partir da perspectiva do modelo biomédico. Este modelo, refletindo o referencial técnico instrumental das biociências, exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende. Uma efetividade mais abrangente da prática depende dessa compreensão (DeMARCO, 2010, p. 64).

Ao propor a sua inclusão um equívoco tem sido, com certa frequência, sustentado, no que tange a concepção de que os modelos biomédicos e

biopsicossocial deveriam se associar para que os aspectos biológicos não fossem desprezados ou colocados em segundo plano. Essa confusão resulta da não compreensão da característica fundamental do modelo biopsicossocial que seria a inclusão e a perspectiva integral: em termos de formação significaria que o aprendizado de competências técnico-instrumentais não ocorresse dissociado das habilidades ético-relacionais e a consequente inclusão da dimensão da pessoa. Em nenhuma hipótese os aspectos biológicos seriam desprezados no modelo biopsicossocial. Ao invés disso, partir-se-ia do encontro intersubjetivo, da realidade da pessoa e sua queixa[82] (que nem sempre se apresentaria como doença física), e a incorporação de todas as outras dimensões envolvidas no processo saúde-doença, inclusive a biológica. Inclusão seria a palavra de ordem desse paradigma, enquanto que a biomedicina, ao se fundamentar na racionalidade da fragmentação do objeto e eleição de uma de suas partes como foco de intervenção, teria como efeito natural a exclusão de todos os outros aspectos, incorrendo na hiperespecialização, na hipervalorização do saber científico-tecnológico e na desconsideração da pessoa que adoece, sua história e seu contexto de vida.

A lógica interna da biomedicina apresentou consequências concretas que garantiu uma série de características da assistência voltada para as doenças, tais como as apontadas por Camargo Jr. (2005): “uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente (e do próprio médico), a farmacologização excessiva” (p. 197); avolumar iatrogenias de toda ordem no contexto dos serviços de saúde tornou-se uma realidade. O autor considerou também:

> A Biomedicina, apesar de sua pujança técnica (ou talvez por causa dela), vem sendo criticada sistemática e severamente por suas mazelas. É evidente que essa situação tem uma miríade de determinantes, como as opções de política econômica, o impacto da organização dos setores público e privado na assistência à saúde, as deficiências na formação profissional, os interesses econômicos mais ou menos explícitos das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos (CAMARGO Jr., 2005, p. 196).

Assim sendo, não foi tecido um julgamento negativo sobre a eficácia das práticas médicas. Ao contrário, propôs-se uma discussão sobre o modelo, sua estruturação e efeitos sobre a saúde das pessoas e, mais especificamente neste

[82] Estima-se que cerca de 65% das pessoas que procuram pelos serviços de saúde têm a sensação de não terem sido atendidos (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

trabalho, dos estudantes de medicina que o apreendiam e tendiam a reproduzi-lo, sem se dessem por conta de suas consequências sobre sua vida pessoal e profissional:

> Não pretendo com isto questionar a legitimidade ou mesmo a eficácia da prática médica, até porque, como já registrei anteriormente aqui, a relação teoria/prática em Medicina é bem mais contingente do que se poderia supor. Efetivamente, espero que a exposição dos impasses conceituais, teóricos e metodológicos do corpo disciplinar que em tese a fundamenta contribua de algum modo para uma reflexão crítica que recupere o papel central dos aspectos especificamente humanos (o que chamei há pouco de "arte de curar") desta mesma prática, para que não sigamos tendo, como aponta Clavreul (1983), em vez de uma relação intersubjetiva de médicos e pacientes, as relações estéreis 3/4 e iatrogênicas 3/4 entre instituições e doenças (CAMARGO Jr., 2005, p. 197).

O modelo biopsicossocial teve por proposta principal devolver a medicina a dimensão do cuidado integral ao longo do desenvolvimento científico-tecnológico e redirecionar o encontro médico-paciente de forma contextualizada e histórica. O surgimento da sociedade industrial e do desenvolvimento da economia capitalista que subverteu as relações, transformou o plano das necessidades e se apropriou de campos, objetos e pessoas, transformando-os em mercadorias e lhes imprimindo um valor de uso. Esses fatores colaboraram para acirrar desencontro e assimetria nas relações (BAUMAN, 1998; 2011). No século XX, especialmente depois das grandes guerras, das mudanças em diferentes níveis humanos que transformaram a vida em algo complexo, tem havido um repensar sobre os conceitos e modelos de saúde e doença. Após a constatação da ineficiência de propostas que desprezavam os contextos e as condições produtoras de saúde ou doença, vida ou morte, a experiência do Canadá replicada pelas Conferências Mundiais (discutidas nos anexos deste trabalho) e a promoção da saúde passaram a ser um princípio central na formulação de políticas em todo o mundo. No Brasil, também foi inspiração para a Constituição (1988) e para o (SUS).

Haveria, portanto, a necessidade de se desenvolver uma racionalidade biopsicossocial por meio da atualização epistemológica da racionalidade médica vigente, tal como tem sido desenvolvido por Tesser e Luz (2007; 2008). Se esta se baseia em cinco princípios norteadores, a saber, uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose (classificatório), um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa da doença), e se as proposições se alterarem do caráter generalizante, mecanicista e analítico para o particularizante, dinâmico e integralizante poder-se-ia considerar que o novo paradigma em saúde

surgiu no século XX e tenderia a se consolidar cada vez mais, posto que já foi implantado do ponto de vista da legislação e das políticas, e dependeria dos atores para implementá-lo. É neste sentido que o reordenamento da formação profissional se tornou condição essencial para sua efetivação.

No cenário da educação médica, desde a década de 1990, movidos por uma inquietação em relação ao campo que formava profissionais sem conexões com as demandas populacionais, diferentes segmentos iniciaram um movimento de debate e discussões que originaram propostas de mudanças e transformações do ensino e, consequentemente, das práticas. No entanto, como foi demonstrado no Capítulo 1, muito do que foi proposto como metas prioritárias ainda não foi alcançado, em especial, pelas dificuldades da transposição de formas engessadas de aprender, ensinar e praticar conceitos, teorias e técnicas tipicamente biomédicas.

A atenção básica à saúde tem sido proposta como ênfase na formação do médico para promover o perfil de egresso sensível e comprometido com as demandas da população que, em meio às inúmeras desigualdades sociais presentes no país, que não são poucas, colocavam em risco a produção de saúde. O papel do médico seria, assim, ressaltado para operacionalizar as necessárias mutações. A aproximação com as pessoas no território desde o primeiro período do curso, a compreensão de que o processo saúde e doença seria determinado por certos condicionantes ligados à história de vida e ao contexto dos indivíduos, o contato com a realidade vívida dos usuários do SUS, propiciado pelas visitas domiciliares seriam algumas das mudanças exigidas pelas entidades formadoras.

A proposta de repensar a saúde estaria intimamente atrelada com reconfiguração da medicina (MELLO; LEITE, 2013). Assim as políticas de humanização da saúde, de educação permanente, do funcionamento em rede, do cumprimento dos princípios do SUS (equidade, universalidade e integralidade) foram alguns exemplos de uma busca por dar à assistência médica um cunho biopsicossocial e, por essa via, ir além de um olhar que priorizasse apenas a doença e reduzisse a produção de saúde a um único plano, neste caso, o biológico.

Outro tópico de importância e que deixou em aberto novas questões para outros estudos foi a humanização da medicina, no conjunto das mudanças na educação médica, por meio da priorização de uma formação ética e humanística: problematizou-se em que medida não haveria necessidade da humanização do ensino médico como forma de transmissão do cuidado almejado e do desenvolvimento de

condutas de respeito das quais todo ser humano seria digno. Por fim, seria a busca por significação das experiências vividas na graduação uma forma de proteção ao sofrimento imposto pela conjuntura e à redução das possibilidades de vulnerabilidades?

Nessa direção, considerou-se a questão docente, pois as mudanças almejadas passavam pela forma de transmissão de saberes e práticas, atrelando-se diretamente aos professores. Como se demonstrou no Capítulo 1 desta tese, a CINAEM incluiu entre as transformações necessárias a dimensão docente, encontrando inúmeros desafios, desde a atuação e composição do corpo docente, passando pelo modelo pedagógico, alcançado problemas relacionados com a gestão e infraestrutura. Percebeu-se que o exercício do magistério não era uma atividade única nem a principal para a maioria dos médicos docentes e vista, assim, como atividade complementar. Foram utilizadas as considerações de Amaral (2007) sobre a satisfação pessoal com o salário para sustentar que, em média, apenas 20,60% dos médicos contentavam-se com o que recebiam da atividade nas EMs. Mas essa não era a face mais preocupante do problema. Na terceira fase da CINAEM, uma das linhas de ação dizia respeito à profissionalização e qualificação da docência médica, que continua sendo um desafio como demonstrou Costa (2010). Portanto, compreendeu-se que o investimento na capacitação permanente em serviço ainda seria a melhor opção para alcançar as mudanças pretendidas e almejadas (PERIM et.al., 2009).

Passados mais de 15 anos da implantação das DCNs dos cursos de medicina, e a recente reformulação de 2014, a biomedicina vem prevalecendo e predominando em termos curriculares, na forma de transmissão, pela sua eficácia no diagnóstico e tratamento de doenças orgânicas e no controle epidêmico, ou seja, na manutenção da vida. Como mencionado acima com base no estudo de Souto; Pereira (2011), na atualidade, não se trata mais de preservar a vida e sim de cuidar da existência, dos modos e estilos de vida, da consideração sobre os contextos envolvidos na produção da saúde ou do adoecimento.

Portanto a reprodução de princípios biomédicos nas condutas técnicas pode colocar em riscos a consolidação do SUS, que se fundamenta em rudimentos antagônicos. Perde-se, assim, uma força potente de transformação: o jovem estudante cheio de sonhos, como se procurou demonstrar no capítulo 5 com os conceitos de “médico ideal” e “médico real”, acabava por incorporar a identidade

forjada pelo sistema. Esta utilização conceitual foi suscitada a partir do método de análise de Boudon (1998) que permitiu evidenciar realidades contraditórias, conflitantes, ambíguas e oscilantes, sem pretender abolir ou negar o conflito, mas ressaltá-lo na perspectiva utilizada por Castoriadis (1985/1975) e Gaulejac (2006), ao estudar a construção da identidade:

> A identidade nasce dentro deste confronto fundamental entre a necessária aceitação da primazia de certas normas sociais que determina quem são "seus semelhantes" e a afirmação de sua singularidade, de sua diferença em relação a todos os outros. O nascimento de si como sujeito insere-se nesta contradição (p. 127 – grifos nossos).

Percebeu-se, então, que o nascimento do ser médico contemporâneo surgia em meio ao confronto de dois modelos antagônicos que disputavam um lugar nos cenários de saúde. A proposta deste estudo foi, assim, relativizar a tensão existentes entre os modelos e as escolhas dos estudantes, de modo que estas pudessem ser visibilizadas e suas questões enfrentadas e trabalhadas como problemas científicos, ao invés de suprimidas ou negadas.

Alguns princípios que corroboraram o modelo biopsicossocial relacionados diretamente com a formação e que afetavam o estudante eram o contato com os cenários de prática precocemente, ou seja, desde o início do curso (favorecia a um redimensionamento essencial, situando a medicina como ciência da vida e da saúde, e não propriamente da morte; daí estar em conato mais com pessoas do que com cadáveres); integração curricular (eliminava ou pelo menos diminuía a lacuna entre teoria e prática ao promover a reflexão sobre as situações da vida real); estudante compreendido como agente transformador e ativador de mudanças (ele passava a sentir como participante do cuidado e como figura essencial para a promoção de uma atenção integral e integrada, bem como protagonista da implantação de um novo modelo assistencial).

Tendo em vista uma formação biopsicossocial alguns investimentos na educação médica têm sido propostos: investimento em um corpo docente atento e adepto da implantação de políticas de humanização no curso médico; ênfase no ensino-aprendizagem da comunicação com o paciente nos níveis verbais e não verbais escuta qualificada e dedicada a ler além de sinais e sintomas; disponibilização de informações e orientações compreendidas como papel essencial da prática médica; educação permanente voltada não somente para a compreensão ampliada

das doenças, mas também de componentes essenciais ao cuidado com as pessoas em situação de adoecimento, sofrimento, na dinâmica da vida e do viver, do bem-estar e mal-estar.

Compreendeu-se, por fim, que o aluno com acesso ao cuidado consigo e com o outro, durante a graduação, teria uma margem maior de possibilidades para exercer este cuidado quando profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS (Sistema Único de Saúde)**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. Taubaté/SP: Martinari, 2015. 189 p.

AGUIAR; Sâmia Mustafa; VIEIRA; Anya Pimentel Gomes Fernandes; VIEIRA; Karine Magalhães Fernandes; AGUIAR; Sabrine Mustafa; NÓBREGA; Joana Oliveira. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **J Bras Psiquiatr.**, 2009;58(1):34-8.

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

ALBERTI, Verena. **Ouvir contar**: textos em História Oral. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 136 p.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Millenium – Revista do ISPV, n.º 25, Janeiro de 2002. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/ Millenium25/25_27.htm. Acesso em janeiro de 2017.

ALMEIDA, Marcio José. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL, 1999. 196 p.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, setembro/novembro, 1999.

ALMEIDA FILHO, Naomar; JUCÁ, Vládia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):879-889, 2002.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** 1. ed., 1. Reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p. (Coleção Temas de Saúde).

ALVARENGA, Georfravia Montoza; ARAUJO, Zilda Rossi. Portfólio: conceitos básicos e indicações para utilização. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 17, n. 33, jan./abr. 2006. 137-148.

ALVES, Leonir Pessate. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate (Orgs.) **Processo de ensinagem na universidade**. 3. ed. Joinville/SC: Univille, 2004. 154p.

ALVES, Rubens. **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez / Editora Autores Associados, 1980. 91 p.

ALVES, Rubens. **O médico**. 7a. ed. São Paulo: Papirus, 2002. 96p.

AMARAL, Geraldo Francisco do; GOMIDE, Lidyane Marque de Paula; BATISTA, Mariana de Paiva; PÍCCOLO, Paulo de Paula; TELES, Thais Bitencourt Gonsalves; OLIVEIRA, Paulo Maurício de; PEREIRA, Maria Amélia Dias. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina. **Rev Psiquiatr** RS. 2008;30(2):124-130.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Avaliação e transformação das escolas médicas**: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. Dissertação (Mestrado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.77 p.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.207 p.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p. (Coleção Temas de Saúde).

AMBRÓSIO, Márcia. **O Uso do Portfólio no Ensino Superior**. 2. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013. 184 p.

AMOUR. Direção: Michael Haneke. Produção: Margaret Ménégoz, Stefan Arndt. França: Les Films du Losange, Wega Film, X-Filme Creative Pool, 2012, 1 DVD.

ANDRÊS, Artur Domingos Santos. **O conceito de 'violência' no pensamento de Hannah Arendt**. 2012. 78f. Dissertação (Mestrado em Filosofia Geral)– Programa de Pós-Graduação do Departamento de Filosofia da Faculdade de ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2012.

ARENDT, Hannah. **Eichmann In Jerusalem**. New York: The Viking Press, 1965.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Trad. R. Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária/Salamandra. São Paulo: Edusp, 1981.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Coleção Os Pensadores, seleção de textos José Américo Motta Pessanha, São Paulo: Ed. Abril, 1984.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados de saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416 p.

AZEREDO, Nara Selaimen Gaertner de. **O Acadêmico de medicina frente à morte**: questões para se (re)pensar a formação. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina Universidade federal do Rio Grande do Sul: 2007. 115 p.

BALDASSIN, Sergio. Ansiedade e Depressão no Estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros. **Cadernos ABEM**, Vol. 6, Outubro/2010, p. 19-26 p.

BARCKLEY, Helen. (2010). **Flor Vermelha de Caule Verde**. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3255227/mod_resource/content/1/Conto%20-%20Flor%20vermelha%20de%20caule%20verde.pdf. Acesso em setembro de 2015.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva (orgs.). **Docência em saúde:** temas e experiências. São Paulo: Senac São Paulo, 2004. 283 p.

BAUMAN Zygmunt. **O mal-estar na pós-modernidade**. Tradução de mauro gama e Cláudia Martinelli Gama. Revisão técnica de Luís Carlos Fridman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 272p.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida em fragmentos**. Tradução de Alexandre Werneck. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. 413p.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **História da clínica e a atenção básica**: o desafio da ampliação. 2a. ed. são Paulo: Hucitec, 2015. 187 p.

BELLODI, Patricia Lacerda. Sofrimento psíquico e residência médica: um olhar a partir da escolha da especialidade. In: GUIMARÃES, Katia Burle dos Santos(org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 91-112. [Coleção Temas de Psicologia e Educação Médica].

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; BLASCO, Pablo González; GARCIA, Deborah. Era uma vez... narrativas em medicina. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, 3(1), 19-25, 2010.

BIBEAU, Gilles; CORIN, Ellen. Culturaliser l'Épidémiologie Psychiatrique. Les Systèmes de Signes, de Sens et d'Action em Santé Mentale. In: CHAREST, Paul; TRUDEL François; BRETON, Yvon. (org). **Marc-Adélard Tremblay ou la Construction de l'Anthropologie Québécoise**. Quebec: Presses de L Úniversité Laval, 1994. p. 105-148.

BICALHO, Renata de Almeida; PAULA, ana Paula Paes de. Violência simbólica: uma leitura a partir da teoria Crítica Frankfurtiana**. II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**, Curitiba/PR, nov. 2009. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2009/2009_ENGPR137.pdf. Acesso em Dezembro de 2014.

BOELEN, Charles; BOYER, Markley H. **A View of the World's Medical Schools: Defining New Roles**. World Health Organization. 2001. Acesso em janeiro de 2017. Disponível em http://www.iaomc.org/WHOReptMedSchools.pdf.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2004. 191p.

BONNET, Octavio. **Os médicos da pessoa**: um olhar antropológico sobre o surgimento da medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7letras, 2014. 270 p.

BOTELHO, Adriana Pedreira. **Mal-estar na Cidade Maravilhosa**: juventude desafiliada, rua e saúde mental. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro, 2008. 114 p.

BOTELHO; Adriana Pedreira; LEITE, Ligia Costa. Um adolescente com coceira no pé. In: LEITE, Ligia Costa; LEITE, Maria Esther Delgado; BOTELHO, Adriana Pedreira (orgs.). **Juventude, desafiliação e violência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. 171-184 p.

BOTELHO; Adriana Pedreira; MORAES, Mayara Cristina Muniz Bastos; LEITE, Ligia Costa. Violências e riscos psicossociais: narrativas de adolescentes abrigados em Unidades de Acolhimento do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20(1):7-16, 2015.

BOUDON, Pierre. L'abduction et le camp sémiotique. In: BRUNEL, Gilles. (Org.). **Le tiers communicationnel**: communication, légitimation, abduction. Montreal: Harmattan, 1998. p. 255-284. (Tradução livre de Ligia Costa Leite).

BOUDON, Pierre. Entre rhétorique et dialectique: la constitution des figures d"argumentation. In: **Langages**, v. 34 n. 137. BORDRON, J. F.; FONTANILLE, J.

(Eds.) Sémiotique du discours et tensions rhétoriques. Paris: Larrouse, 2000. p. 63-86. (Tradução livre de Ligia Costa Leite).

BOUDON, Pierre. **Réseau du sens I** (nouvelle version) Une approche monadologique pour la compréhension du discours. Paris, Edição do autor: 2004. (Tradução livre de Ligia Costa Leite).

BOURDIEU, Pierre. **A Reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino, Lisboa: Editorial Vega, 1978.

BOURDIEU, Pierre. Trabalhos e projetos. In: ORTIZ, Renato. (Org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983. 189 p.

BOURDIEU, Pierre. **Sur la télévision**. Paris: Liber, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOURDIEU, Pierre. (1989) **O poder simbólico**. 10a ed. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOURDIEU, Pierre; EAGLETON, Terry. A doxa e a vida cotidiana: uma entrevista. In: ŽIŽEK, Slavoj. (Org.). **Um mapa da ideologia**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007, pp. 265-278.

BOURDIEU, Pierre. **Sur l'État. Cours au Collège de France** (1989-1992). Paris: Raisons d'Agir/Seuil, (2012).

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Serviço de Documentação. Folheto Nº 5. **I Conferência Nacional de Saúde**. I Conferência Nacional de Educação. Brasília, 1941. 20p. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf. Acesso em Janeiro de 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Publicada no DOU de 05/10/1988 (nº 191-A, Seção I, pág. 1). Artigo 196, p. 20.

BRASIL. Presidência da república. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Institui o **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica 01/93**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica 96**. Brasília, 1996a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, 1996b.

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**. 1997, 36 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação (CNE). Resolução CNE/CES 4/2001. Institui as **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Medicina**. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violências**. (Portaria GM/MS 737, 16 de maio de 2001b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promed**-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Decreto Nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da **XII Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca. Publicado em 2004. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003b. Série D. Reuniões e Conferências. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política nacional de humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 936, de 19 de maio de 2004. **Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde**. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial Nº 2.101 de 3 de novembro de 2005. Institui o **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** – Pró- Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União n. 212, Seção I, p. 111, de 4 de novembro de 2005. Brasília: Imprensa Nacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília, 2006a. 162 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis** (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: 2009. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de março de 2010. **PET Saúde**-Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos** – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação (CNE). Parecer CNE/CES 116/2014. Institui as **Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Medicina**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Conferências de Saúde**. Disponível em https://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude. Acesso em Janeiro de 2017.

BRONFEBRENER, Urie. (1996). **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. 2ª reimpressão. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 267 p.

BURKE, Peter (org.). **A escrita da história**: novas perspectivas. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 2011. 368 p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p: 175, 2000. Disponível em: http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000 100014& lng=en& nrm=isso. Acesso em agosto de 2012.

CAMBRICOLI, Fabiana; TOLEDO, Luiz Fernando. Aumento de transtornos mentais entre jovens preocupa universidades. Saúde Estadão, **O Estado de São Paulo [on-line]**. Reportagem de 16 de setembro de 2017. Disponível em http://saude.estadao. com.br/noticias/geral,aumento-de-transtornos-mentais-entre-jovens-preocupa-univer sidades,70002003562. Acesso em setembro de 2017.

CALVINO, Ítalo. A palavra escrita e a não-escrita. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína. (orgs.).**Usos e abusos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CAMARGO Jr. Kenneth Rochel de. **Medicina, médicos, doenças e terapêuticas**: exame crítico de alguns conceitos. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 170].

CAMARGO Jr. Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177-201, 2005.

CAMPOS, Francisco Eduardo; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, Laura; SENA, Roseni Rosangela de; CAMPOS, João José Batista; CORDEIRO, Hésio; CORDONI Jr, Luís. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 53, v. 25, n. 2: 53-9, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-66.

CAMPOS, Rosana Onocko. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. São Paulo: Hucitec, 2012. 180 p.

CANGUILHEM, Georges (1943). **O normal e o patológico**. 5. ed. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CANGUILHEM, Georges (1966). Novas Reflexões referentes ao normal e o patológico. In: CANGUILHEM, Georges (1943). **O normal e o patológico**. 5. ed. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CANGUILHEM, Georges (1988). A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Prefácio de Armand Zaloszyc. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 88 p. 35-48 pp.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1): 139-146, 2004.

CARULA, Karoline. As conferências populares da glória e a difusão da ciência. **Almanack Brasiliense**, N. 06, novembro/2007, 86-100 p.

CARULA, Karoline. Conferências Populares da Glória (1873-1889): preleções para a discussão do cotidiano na corte imperial. **R. IHGB**, Rio de Janeiro, a. 174 (458):291-318, jan./mar. 2013.

CARVALHO, Regina Ribeiro Parizi. CINAEM: Avaliação do ensino médico em nova fase. Jornal Medicina, Agosto de 1998. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/0898/jornal.htm. Acesso em julho de 2016.

CASTEL, Robert. **Les métamorfoses de la question sociale**. Paris: Fayard, 1995.

CASTORIADIS, Cornélius. **A instituição imaginária da sociedade**. Tradução de Guy Reynaud.São Paulo, Paz e Terra, 1982. 418 p.

CASTORIADIS, Cornélius. **A Criação Histórica**. Tradução de Denis Rosenfield. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1992. 156 p.

CATALDO Neto, Alfredo; ANTONELLO, Ivan; LOPES, Maria Helena Itaqui. (orgs.). **O estudante de medicina e o paciente**: uma aproximação à prática médica. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2006, 219 p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol. 14, N. 1, p. 41-65, 2004.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. Tese de doutoramento. Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; CAETANO, Dorgival; FACCENDA, Odival. Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, 25(2), p. 252-265, Brasília/DF, 2005.

CHAUI, Marilena. Uma ideologia perversa. **Folha on line** (14/3/1999). Disponível em http://www1.folha.uol.com.br/fol/brasil500/dc_1_4.htm. Acesso em fevereiro de 2017.

CHEHUEN NETO, José Antonio; SIRIMARCO, Mauro Toledo; CHOI, Cleide Mira Kawata; BARRETO, Alessandro Ubaldo; SOUZA, Jonathan Batista. Automedicação entre Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU rev**, Juiz de Fora, v. 32, n. 3, p. 59-64, jul./set. 2006.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O aprender fazendo: representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação. **Interface** (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, n.51, pp.771-784. Epub Sep 26, 2014.

COSTA, Jurandir Freire. **Violência e psicanálise**. 3a. ed. Rio de janeiro: Graal, 2003.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Formação pedagógica de professores de medicina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18(1): [07 telas] jan-fev 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SILVA, Luciana Saraiva da; LOPES, Lílian Lelis; GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Fernanda Mitre; LUGARINHO, Regina; MITRE, Sandra Minardi. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):787-796, 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da; MENDONCA, Érica Toledo. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.6, pp.1847-1856.

CRUZ, Emirene Maria Trevisan Navarro da. A formação do médico: algumas reflexões. **Arquivos de Ciências da Saúde**, 2004, jan-mar; 11(1):53-4.

CUNHA, Luiz Antônio. Nova reforma do ensino superior: A lógica reconstruída. **Cadernos de Pesquisa** – Fundação Carlos Chagas. Jul., n.11, Rio de Janeiro, 1997.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antônio Malagon. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2013. 119 p. (Coleção Temas de Saúde).

DALTRO, Mônica Ramos; PONDÉ, Milena Pereira. Atenção psicopedagógica no ensino superior: uma experiência inovadora na graduação de medicina. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo/SP, Vol. 19, n. 18, pg. 104-123, 2011.

DAMÁSIO, Antonio. **O erro de Descartes**: emoção, razão e cérebro humano. 3a. ed. São Paulo: Cia das Letras, 2011. 380 p.

De MARCO, Marco Antonio (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao biopsicossocial. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**: comentários sobre a sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DEJOURS, Christopher. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun. 1986.

DEJOURS, Christopher. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro. Editora FGV. 2006. 128 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de janeiro: Fiocruz, 2006. 416 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

DESLANDES, Suely Ferreira; PESCE, Renata Pires. Trabalho de Saúde e Educação lidando com a violência no cotidiano. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. **Impactos da violência na saúde**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. 384p. 289-302p.

DIAS, Lorena Soares; NAZARENO, Elias; ZANINI, Daniela S.; MENDONÇA, Helenides. Vestibular e adolescência. **Fragmentos de cultura**, Goiânia, v. 18, no. 7/8, p. 625-636, jul./Ago. 2008.

EKSTERMAN, Abram. **A formação psicossomática em ciências da saúde**: o ensino da psicologia médica. Mimeo, 1977.

EKSTERMAN Abram. O ensino de psicologia médica. In: Mello Filho, J. (org.). **Identidade Médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 39-58.

ELIAS, Norbert.; SCOTSON, John. L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Tradução de Vera Ribeiro; tradução do posfácio à edição alemã de Pedro Siissekind; apresentação e revisão técnica de Federico Neiburg. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. 224p.

FERES-CARNEIRO, Terezinha. **Família**: diagnóstico e terapia. 2a. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1996. 148 p.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. **Considerações metodológicas sobre a técnica da observação participante**. In: MATTOS, Ruben Araújo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Orgs.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p.; p. 487-503.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2a ed. revista e Atualizada, 16ª Impressa. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 306 p.

FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. 1910. (Bulletin, 4)

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONSECA, Antonio Fernandes da. **Psiquiatria e Psicopatologia**. 4a. ed. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1997.

FOUCAULT, Michel (1954). **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. 104 p.

FOUCAULT, Michel (1961). **A história da loucura na idade clássica**. 7a. ed. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2004. 551 p.

FOUCAULT, Michel (1963). **O nascimento da clínica**. 6. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 231 p.

FOUCAULT, Michel (1966). **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Salma Tannus Muchail. 8a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 541 p.

FOUCAULT, Michel. (1969). **O que é um autor?** In: FOUCAULT, Michel. Ditos e Escritos: Estética – literatura e pintura, música e cinema. 2. ed. Organização e Seleção dos textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. (Coleção Ditos e Escritos; Vol. III). p. 264-298.

FOUCAULT, Michel. (1970) **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 11. Ed. São Paulo: Loyola, 2004. **Ver data do original.**

FOUCAULT, Michel. (1983). **A escrita de si**. In: FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos. Ética, sexualidade, política. 2. ed. Organização e Seleção dos textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Coleção Ditos e Escritos; Vol. V). 144-162 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. Rio de janeiro: Paz e Terra; 1997. 336p.

FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a sexualidade infantil. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. III, Rio de Janeiro, 1980.

_____. (1915a) As pulsões e seus destinos. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1915b) Reflexões Para os Tempos de Guerra e Morte. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1920) Além do Princípio do Prazer. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1921) Psicologia de Grupo e Análise do Ego. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1923) Mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume XX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GADAMER, Hans-Georg. (1960). **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 11 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008. Volume 1. 736 p.

GADAMER, Hans-Georg. (1960). **Verdade e método**: complementos e índices. 6. Ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011. Volume 2. 624 p.

GADAMER, Hans-Georg. (1993). **O Mistério da Saúde**: O cuidado da Saúde e a Arte da Medicina. Lisboa: Edições 70, 2009.

GALIAN, Dante Marcello Claramonte. A (re)humanização da medicina. **Rev. Psiquiatria na prática médica**, UNFESP, Vol. 33, N. 2, abr-jun, 2000.

GALLO, Edmundo. Dispositivos inovadores para as escolas médicas: oportunidades do ambiente externo. In: CINAEM. **Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira**: Projeto CINAEM III Fase. Relatório 1999-2000. Pelotas, RS: UFPel, 2000.

GAULEJAC, Vincent de. **As origens da vergonha**. Tradução de Maria Beatriz Medina. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2006. 240 p.

GAULEJAC, Vincent de. **L'histoireien heritage**: Roman familial et trajectoire sociale. Tradução livre L. C.Leite. Paris: Desclée de Brouwer, 1999.

GOFFMAN, Erving (1964). A situação negligenciada. In: RIBEIRO, Branca Telles; Garcez, Pedro M. **Sociolinguística interacional**. 2a. ed. São paulo: Edições Loyola, 2001.

GOFFMAN, Erving (1981). **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4a. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, Ângela de Castro (org.). **Escrita de si, escrita da história**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 380 p.

GOMES, Romeu; BRINO, Rachel de Faria; AQUILANTE, Aline Guerra; AVÓ, Lucimar Retto da Silva de. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (3): 444 – 451; Rio de janeiro, 2009.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleika Maria. **Do desejo à realidade de ser médico**: a educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: UFSC, 203 p., 2006.

GROSSMAN, Eloisa; CARDOSO, Maria Helena C. A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev bras educ med.** 2006;30(1):6-14.

GROSSMAN, Eloisa; CARDOSO, Maria Helena C. A. A narrativa como ferramenta na educação médica. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014;13(4):32-38.

GUEDES, Carla Ribeiro. A psicologia médica na UERJ: um estudo de caso. **Psicologia & Sociedade**; 15 (1): 161-181; jan./jun. 2003.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO Jr. Kenneth Rochel de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4):1093-1103, 2006.

GUIMARÃES, Dilva; CABRAL, Paulo. Significado de Violência. On-line. Disponível em <https://www.significados.com.br/violencia/>. Acesso em dezembro de 2016.

GUIMARÃES, Katia Burle dos Santos (org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. [Coleção Temas de Psicologia e Educação Médica].

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda; FERREIRA, José Roberto; CAMPOS, Francisco Eduardo de. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de

reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**[online]. 2012, vol. 36, n. 1, suppl. 1, pp. 03-04.

HALPERN, Elizabeth Espindola. **O "uniforme" e o "copo"**: a constituição do habitus alcoólico na Marinha do Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 2013. 372 f.

HALPERN, Elizabeth Espindola; LEITE, Ligia Costa. Examining the role of Brazilian Navy before alcohol intake in the workplace. **Psychology**, v. 5, n. 2, p. 104-108, 2014. Disponível em http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.52016. Acesso em Maio de 2015.

HOIRISCH, Adolpho. Identidade Médica. In: MELLO FILHO, Julio de (org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992. p. 70-74.

INTOCÁVEIS. Direção: Eric Toledano, Olivier Nakache. Produção: Laurent Zeitoun, Nicolas Duval-Adassovsky, Yann Zenou. França: Chaocorp, Gaumont, Quad Productions, TF1 Films Production, 2011, 1 DVD.

ISMAEL, José Carlos. **O médico e o paciente**: uma história de uma relação delicada. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: MG, 2005.

KANIKADAN, Paula Yuri Sugishita; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Uma trajetória dos profissionais de saúde ingleses, 1815-1858. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1. jan.-mar. 2013, p. 29-47.

KARNAL, Leandro; NETO, José Alves de Freitas; TATSCH, Flavia Galli (org.). **A escrita da memória**: interpretações e análise documentais. São Paulo: Instituto Cultural Banco Santos, 2004. 481 p.

KAUFMANN, Arthur. **De estudante a médico**: a psicologia médica e a construção de identidades. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONÇA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2785-2796, 2016.

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

KRUG, Etienne G.; DAHLBERG, Linda L. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (sup), 1163-1178, 2007.

LACAN, Jacques. [1958]. "Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a 'Verneinung' de Freud". In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 376.

LANE, Silvia Tatiana Maurer Lane; CODO, Wanderley. (1988). **Psicologia Social**: o homem em movimento. 10a ed. São Paulo: Brasiliense, 2010.

LASCH, Christopher. **A cultura do narcisismo**: a vida americana numa era de esperança em declínio. Tradução de Ernani Pavaneli. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil. **Gaz. méd. Bahia**; 78 (Suplemento 1): 31-37, 2008.

LAMPERT, Jadete. Barbosa; BICUDO, Ângela Maria (Orgs.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. 80 p.

LAPASSADE, Georges. L'Observation participante. **Revista Europeia de Etnografia de Educação**, 1, p. 9-26. 2001.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J-B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Tradução Bernardo Leitão. Campinas/SP: Editora da UNICAMP, 1990.553 p. (Coleção Repertórios).

LEAVELL, Hugh Roadman; CLARK, Edwin Gurney (1965). **Medicina preventiva**. tradução de Cecília Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Ramos. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. Rio de Janeiro: FENAME, 1976. 744 p.

LEITE, Ligia Costa. **A magia dos invencíveis**: os meninos de rua da escola Tia Ciata. Petrópolis/RJ: Vozes, 1991.

LEITE, Ligia Costa. **A razão dos invencíveis**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1998.

LEITE, Ligia Costa. Apresentação. In: LEITE, Ligia Costa; LEITE, Maria Esther Delgado; BOTELHO, Adriana Pedreira (orgs.). **Juventude, desafiliação e violência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. 13-21 p.

LEITE, Ligia Costa. **Meninos de rua**: a infância excluída no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atual, 2009.

LEITE, Ligia Costa. **Projeto de Pesquisa: Violência, juventude e saúde mental**. IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.

LEITE, Ligia Costa; LEITE, Maria Esther Delgado; BOTELHO, Adriana Pedreira (orgs.). **Juventude, desafiliação e violência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. 256 p.

LEITE, Ligia Costa et. al. Violência, juventude e saúde mental. **Relatório final de pesquisa**. Instituto de Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

LETTON, Maria das Graças Jacintho. A teoria do *habitus* em Pierre Bordieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**. Maio-Jun-Jul, 2002, Nº 20. 60-70p.

LIMA, Carlos Vital Tavares Corrêa. **Formação Médica**. Editorial publicado em 29 de Abril de 2015, Conselho Federal de Medicina. Disponível em http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25479:2015-04-29-14-15-01&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em dezembro de 2016.

LIXO Extraordinário. Direção: João Jardim, Karen Harley, Lucy Walker. Produção: Alex Moreno. Brasil: Almega Projects, 2010, 1 DVD.

LOURENÇO, Lara Cristina d'Ávila. Reflexões sobre a violência e o homem contemporâneo. **Psicologia Ciência e Profissão**, V. 24, Nº1, Brasília, 64-73, mar-2004.

LOZANO, Jorge Eduardo Aceves. Práticas e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. In: FERREIRA, Marieta de Morais; AMADO, Janaína (Orgs.). **Usos e abusos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MACHADO, José Lúcio Martins; CALDAS Jr, Antonio Luis; BORTONCELLO, Neide Marina Feijó. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu), vol. 1, nº 1, Aug. 1997.

MALINOWSKI, Bronislaw. (1922). **Argonauts of the Western Pacific**. Illinois: Waveland Press Inc., 1984. 616 p.

MARCHIORI, Marlene (org.). **História e memória**. São Caetano do Sul/SP: Editora Difusão, 2013. Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio de Janeiro, 2013. 145 p. (Coleção faces da cultura e da comunicação organizacional; 4).

MARCUSE, Herbert. **Contra-revolução e revolta**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MARIN, Isabel da Silva Khan. **Violências**. São paulo: Escuta/Fapesp, 2002. 208p.

MARIN, Maria José Sanches; LIMA, Edna Flor Guimarães; PAVIOTTI, Ana Beatriz; MATSUYAMA, Daniel Tsuji; SILVA, Larissa Karoline Dias da; GONZALEZ, Carina; DRUZIAN, Suelaine; ILIAS, Mércia. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.** [online], 34 (1): 13-20; 2010.

MARQUES, Luis Felipe Rosamilia. **Resgate crítico da CINAEM e das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Projeto de Pesquisa Bolsa PIBIC/CNPQ Quota: 2012/2013, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/resgate-crc3adtica-da-cinaem-e-dcn-luc3ads-minguc3a9-1.pdf. Acesso em janeiro de 2017.

MARTINS, André. Novos paradigmas e saúde. **PHISYS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(1):83-112, 1999.

MARTINS, Luís Antônio Nogueira. **Residência médica**: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

MATTOS, Ruben Araújo de; Baptista, TATIANA Wargas de Faria (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde).

MATTOS, Ruben Araújo. **Breves reflexões sobre os caminhos da pesquisa**. In: MATTOS, Ruben Araújo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Orgs.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p.; p. 257-261.

MAYER, Fernanda Brenneisen; TEMPSKI, Patrícia; PADILHA, Roberto de Queiroz; OLIVEIRA, Marilda Siriani de. Narrando a Vida, Nossas Memórias e Aprendizados – Humanização no Ensino e na Assistência. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**. Março de 2014, vol 1, num. 2, p. 236. Disponível em: http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/narrando-a-vida-nossas-memrias-e-aprendizados-humanizao-no-ensino-e-na-assistncia-9649. Acesso em dezembro de 2016.

MEDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.216 p.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto. Violência e a inclusão deste tema nos currículos médicos: breves reflexões. **Perspectiva** [on-line]. V. 4, n. 16, 2010. Disponível em http://seer.perspectivasonline.com.br.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto; LEITE, Ligia Costa; CAMPOS, Maria das Graças Sepulveda Campos e; ALVES FILHO, Roberto Carvalho Alçando voo: a experiência de ampliar o diálogo entre psicologia e medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36(2): 234-242; Rio de janeiro, 2012.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto; LEITE, Ligia Costa. Challenges of the dialog between humanization of health and medicine for the assistance to woman health in the Brazilian scenario. **Health**, V.5, N.9, 1386-1393, 2013.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto Mello; LEITE, Ligia Costa. **Saúde mental do jovem no enfrentamento dos exames de acesso ao ensino superior**. Projeto de pesquisa. IPUB/UFRJ, 2013.

MELLO FILHO, Julio de (org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MELLO FILHO, Julio de (org.). **Identidade Médica**: implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MELMAN, Charles. **O homem sem gravidade**: gozar a qualquer preço. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2008.

MENDES, Olenir Maria. **Avaliação formativa no ensino superior**: Reflexões e alternativas possíveis. (mimeo). Acesso em dezembro de 2015. Disponível em www.proiac.uff.br/sites/ default/files/avaliacao_formativa_olenir.pdf.

MERHY, Emerson Elias; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, 14(1), 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. 361 p.

MICHAUD, Yves, **A violência**. São paulo: Ática, 1989.

MILLAN, Luís Roberto. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MILLAN, Luís Roberto; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 90-94, jan.-fev. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O contrário da violência é a cidadania**. [entrevista] - RJ - Brasil. SBP Notícias [periódico na Internet]. 1999 Out-Nov [acessado em 2007 jun 12]; (8): [p. 15 e 16]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2. cfm?id_categoria=88&id_detalhe=2047&tipo_detalhe=s.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 98p. (Coleção Temas de Saúde).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1259-1267, 2007.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p. (Saúde em Debate; 46).

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Fernandes; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 108 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. **Impactos da violência na saúde**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. 384p. 21-42p.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2.a. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 102 p.

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes. Resenha Bibliográfica. **Rev. adm. empres**. vol.23 no.1 São Paulo Jan./Mar. 1983.

NARAYAN, Deepa (org.). **Voices of the Poor**: Can Anyone Hear Us? Voices From 47 Countries. Volume I. OMS / Word Bank, 1999.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gaz méd. Bahia** 2005; 75:2 (Jul-Dez): 162-168.

NOGUEIRA-MARTINS, Luís Antônio; JORGE, Michel Rodriguez. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 10-15, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, Luís Antônio. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 56-68 p., 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, Luís Antônio. **Residência médica**: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

NUNES, Everardo Duarte. **Artigos e matérias: cem anos do relatório Flexner**. Publicado em 18/07/2010. Disponível em http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=188. Acesso em Janeiro de 2017.

NUNES, Everardo Duarte. Cem anos do Relatório Flexner. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 1): 2010.

NUNES, Maria do Patrocinio Tenorio. Os 3 grandes desafios da Residência Médica. In: **Revisa Ser Médico**, Ed. 53, 18-21, Out./Nov./Dez., 2010.

NUNES, Maria do Patrocinio Tenorio; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene; HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luis; OLIVEIRA, R. A. B. A Residência Médica, a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação. **Cadernos ABEM**, Volume 7, 35-40, Outubro 2011.

NUNES, Maria do Patrocínio Tenório; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene; BRENELLI, Sigisfredo Luís; HADDAD, Ana Estela; MAFRA, Denise; RIBEIRO, Eliana Claudia

Otero; PETTA; Helena Lemos Petta. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. **Cadernos ABEM**, vol. 7, Out. 2011. P. 28-34.

O GOLPE DO DESTINO. Direção: Randa Haines. Produção: Edward S. Feldman. EUA: Touchstone Pictures, 1991, 1 DVD.

OLIVEIRA, Ana Maria de. Bioética e as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**., Recife, 10 (Supl. 2): S303-S309 dez., 2010.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de; VANNI, Tazio; PINTO, Hêider Aurélio; SANTOS, Jerzey Timoteo Ribeiro dos; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; ARAÚJO, Sidclei Queiroga de; MATOS, Mateus Falcão Martins; CYRINO, Eliana Goldfarb. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU). **Programa Mais Médicos é coerente com recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: http://www.onu.org.br/programa-mais-medicos-e-coerente-com-recomendacoes-da-organizacao-pan-americana-da-saude/. Reportagem publicada em 23 de Julho em 2013. Acesso em Fevereiro de 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A ONU e a saúde**. Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/saude/. Acesso em Janeiro de 2017.

OSSE, Cleuser Maria Campos; COSTA, Ileno Izídio. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. **Estudos de Psicologia**, 28(1), 115-122, 2011.

PACHECO, João P.; GIACOMIN, Henrique T.; TAM, Wilson W.; RIBEIRO, Tássia B.; ARAB, Claudia; BEZERRA, Italla M.; PINASCO, Gustavo C. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2017; 39: 369–378.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; Da ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(4):492-499; Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, Ondina Pena; ALMEIDA, Tãnia Mara Campos de. A formação médica segunda uma pedagogia da resistência. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.16, p. 69-79, set.2004/ fev.2005.

PERESTRELLO, Danilo. **A Medicina da Pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

PERIM, Gianna Lepre; ABDALLA, Ively Guimarães; AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique; LAMPERT, Jadete Barbosa; STELLA, Regina Celes de Rosa; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (1 Supl. 1): 70-82; 2009.

PERRENOUD, Philippe. **Construir competências desde a escola**. Tradução de Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999. 90 p.

PERRENOUD, Philippe. **A prática reflexiva no oficio do professor**: profissionalização e razão pedagógica. Tradução de Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, 2002. 232 p.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa On-line**. Disponível em <http://www.priberam.pt/dlpo/viol%C3%AAncia>. Acesso em dezembro de 2016.

PROENÇA, Wander de Lara. **O Método da Observação Participante**: Contribuições e aplicabilidade para pesquisas no campo religioso brasileiro. Revista Aulas, N. 4 – abril 2007/julho 2007, 1-24.

QUEIROZ, Danielle Teixeira; VALL, Janaina; SOUZA, Ângela Maria Alves e; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de Doença e Narrativa**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. (Coleção Antropologia da Saúde). Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em dezembro de 2016.

REGO, Sérgio. Educação médica no Brasil no século XX. **Boletim da ABEM**, v. XXVIII, n. 2, abr/jun, 2000.

REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 193 p.

REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e humanização como temas transversais da formação médica. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(4):482-491; Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, Branca Telles; LIMA, Cristina Costa; DANTAS, Maria Tereza Lopes (orgs.). **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB / CUCA, 2001. 312 p. (Coleções IPUB).

RIBEIRO, José Luís Pais. A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. In: MCINTYRE, Teresa Mendonça (org.). **Psicologia da saúde**: áreas de intervenção e perspectivas futuras. Lisboa: FCT, 1994. 190 p.

RIBEIRO, Robespierre Costa. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):421-424, 2015.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista da Associação Brasileira de Educação Médica**, 33(2): 253-261; 2009.

ROCCO, Rodolpho Paulo. Relação estudante de medicina-paciente. In: MELLO FILHO, Julio de (org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992. p. 45-56.

RODRIGUES, Rosana Trindade Santos; BARBOSA, George Souza; CHIAVONE, Paulo Antonio. Personalidade e Resiliência como Proteção contra o Burnout em Médicos Residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37 (2): 245-253; 2013.

ROSA, Alice Reis. Entrevista**. Boletim da ABEM**, v. XXIX, n. 1, jan./fev. Rio de Janeiro, 2001.

ROSENBERG, Mashall B. **Comunicação não-violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Ágora, 2006.

SAGGESE, Edson. Os (des)caminhos da adolescência. LEITE, Ligia costa; SAGGESE, Edson. **Da clínica à reabilitação psicossocial**: manual de saúde mental de crianças e adolescentes. Cadernos IPUB online, Nº 1, 2012. Disponível em http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/biblioteca/itemlist/category/35-volume01. Capturado em 16 de agosto de 2012.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; Te Corá, 1999. 176 p.

SCHÖN, Donald. A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Trad. de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2000. 256 p.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SILVA, Roseli Ferreira da; SÁ-CHAVES, Idália. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface** (Botucatu), Educ., v. 12, n. 27, p. 721-34, out./dez. 2008.

SILVA FILHO, João Ferreira da (org.). **Psicopatologia Hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

SILVA FILHO, João Ferreira da. Saúde mental, seu saber seus desafios. In SILVA FILHO, João Ferreira da (org.). **1968 e a saúde mental**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. 96 p.

SILVA, Glauce Cerqueira Corrêa da; KOCH, Hilton Augusto; SOUSA, Evandro Guimarães de; GASPARETTO, Emerson; BUYS, Rogério Christiano. Ansiedade e Depressão em Residentes em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 34 (2): 199–206; 2010.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da; RAMALHO, Walter Massa. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033**: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p. (Textos para Discussão; n. 17).

SILVA, Ruan C. G. da; OLIVEIRA, Thaís M.; CASIMIRO, Tatiana S.; VIEIRA, Karen A. M.; TARDIVO, Márcia T.; FARIA JUNIOR, Milton; RESTINI, Carolina B. A. Automedicação em acadêmicos do curso de medicina. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2012;45(1): 5-11.

SIQUEIRA, Benedictus P. **Boletim da ABEM**, v. XXIX. n. 5, set/dez, 2001.

SCHMIDT, Mario Furley. **Nova história crítica**. São Paulo: Nova Geração, 2005.

SOUTO, Bernardino Geraldo Alves; PEREIRA, Sissi Marília dos Santos Forghieri. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 176-81, Set/Dez, 2011.

SOUZA, Alicia Regina Navarro Dias de. **Formação médica, racionalidade e experiência**: o discurso médico e o ensino da clínica. Tese de Doutoramento em

Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental. Rio de Janeiro, 1998. 290 f.

SOUZA, Edenilsa Ramos; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia**: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 4 a. ed. Tradução e Revisão Técnica de Irismar Reis de Almeida. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília/DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUSIN, Luiz Carlos; FABRI, Marcelo; PIVATTO, Pergentino Stefano; SOUZA, Ricardo Timm de. (Orgs.). **Éticas em diálogo** – Levinas e o pensamento contemporâneo: questões e interfaces. Porto Alegre/RS: EDIPUCRS, 2003. (Coleção Filosofia, 159), 382 p. Publicação on-line. Disponível em https://books.google.com.br/books?id=ImeZ81uBu1IC&pg=PA341&dq=sinonimo+de+ipseidade&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiXhdjs2J7RAhXFC5AKHYeHDiAQ6AEIHzAB#v=onepage&q=sinonimo%20de%20ipseidade&f=false. Acesso em dezembro de 2016.

TANJI, Suzelaine; SILVA, Carmen Maria S.L.M. Dantas da. As potencialidades e fragilidades do portfólio reflexivo na visão dos estudantes de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):392-8.

TARZIA, Milena. No caminho de Aristóteles: política, violência e limites no pensamento arendtiano. **REJU**– Revista Jurídica da OAPEC, v. 2, n. 2, 2016.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões sobre iatrogenia e educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31, (2): 180-185, 2007.

TEIXEIRA, Anísio (1977). **Educação e o mundo moderno**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1997. 245 p.

TEMPSKI, Patrícia; MAYER, Fernanda. (Orgs.). **Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados**: humanização no ensino e na assistência. São Paulo: Atheneu, 2014.

TESSER, Charles Dalcanale. A verdade na Biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. In: **PHYSIS**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(3): 465 – 484, 2007.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(1): 195-206, 2008.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. Tradução Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 385 p.

TIZO, Hebe. Subjetividade e realidade social. In: FERRARI, Ilka Francisco; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (org.). **Psicanálise e Violência**: sociedade, juventude e literatura. Curitiba/PR: CRV, 2013. 162 p. 25-32 p.

TÓFOLI, Luís Fernando; RIBEIRO, Flávia; GONÇALVES, Daniel Almeida. O médico e os outros profissionais de saúde: estruturação da equipe de saúde. In: BRASIL, Marco Antônio Alves; CAMPOS, Eugenio Paes; MEDEIROS, José Givaldo Melquiades de. **Psicologia médica**: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 211-217.

VALLADARES, Licia. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** – VOL. 22 Nº. 63, 153-155, 2010.

VALLE, Maria Ribeiro do. Herbert Marcuse e a defesa da violência revolucionária nos anos 60. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, 15, 45-61, 2003.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo; VARGAS, Diogo de Souza. O risco dos extremos: uma análise da implantação do Programa Mais Médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v.10, n.26, p. 1313-1326 Maio/Agosto – 2016.

VASCONCELLOS, Maria Drosila. Pierre Bordieu: a herança sociológica. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, Abril/2002. 77-87p.

VELHO, Gilberto. Ciências sociais e biografia individual. **Revista Estudos Históricos** Tema: Bens Culturais. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 38, julho-dezembro de 2006, p. 3-9.

VIANA, Ana Luiza. **Abordagem metodológica em políticas públicas**. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro, mar/abr, 1996.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUHT, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIEIRA, Vânia Maria de Oliveira. Portfólio: uma proposta de avaliação como reconstrução do processo de aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional**, Vol. 6, Nº 2, 149-153, 2002.

VIORST, Judith. **Perdas necessárias**. 23a. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

VOLDMAN, Daniele. Definições e usos. In: FERREIRA, Marieta; AMADO, Janaína. (orgs.) **Usos e abusos da história oral**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.277 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on violence and health. Genebra, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health** (2004). Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity strategyeb11344/strategy_english_web.pdf. Acesso em fevereiro de 2017.

YOUTUBE. (2015, Janeiro 22). Você quer mesmo ser médico? Medicina é… [Video file]. Acesso em Agosto de 2017. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=81 EQxHX1IU4.

APÊNDICE 1

AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DE SAÚDE E SUAS RESPECTIVAS CARTAS: REPERCUSSÕES NA EDUCAÇÃO MÉDICA

As Conferências Internacionais de Saúde têm um lugar de destaque no cenário mundial pela sua ênfase na promoção da saúde, na valorização da implementação de políticas públicas atrelando-as a pactuações entre governos e na produção de qualidade de vida para as populações.[83]

O nível básico de saúde, a Atenção Primária, tem sido realçada como a porta de entrada de cuidados pelo seu potencial de operacionalizar a promoção da saúde e reordená-lo por outro viés que não seja o da enfermidade. Sua base encontra-se no relatório do canadense Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá em 1974 que impulsionou a realização a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que será detalhada adiante. Outras conferencias foram desenvolvidas e enriquecendo a série de declarações internacionais.

Novos elementos passaram a ser considerados para a melhoria à saúde, em uma visão de conjunto (BRASIL, 2002):

(1) Organização da comunidade local;
(2) Atenção aos anciãos, mais além da assistência do Estado;
(3) Promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras;
(4) Ajuda às escolas e serviços em geral;
(5) Organização do povo para cuidar da saúde ambiental;
(6) Realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais;
(7) Apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios;

[83] Material compilado do documento “As Cartas da Promoção da Saúde”, do Ministério da Saúde (2002).

(8) Promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para:

- movimentos de massa contra as “quatro pestes”,
- limpeza das casas, quintais e ruas,
- orientação de hábitos higiênicos,
- manutenção e uso da água potável,
- construção de unidades rurais de saúde,
- preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções),
- controle da limpeza de locais públicos.

Esse movimento começou a gerar alguma confiança em profissionais, como os chamados “médicos pés descalços” (Brasil, 2002, p. 9). No entanto, nem todos os documentos puderam ser publicados na íntegra por resistência de alguns governos. Mesmo assim, apesar de certos segmentos considerarem as experiências pouco amadurecidas, as ideias foram pouco a pouco sendo absorvidas e confirmadas em sua efetivação.

Desde Alma-Ata sabia-se com clareza alguns problemas e estratégias para enfrenta-los (Brasil, 2002, p. 9): (1) a saúde precisa ser conquistada e, para isso, exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde; (2) a promoção e proteção da saúde condiciona o desenvolvimento econômico e social, considerada como fundamental para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial; (3) a garantia do direito da população e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde; (4) a atenção primária de saúde é um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades; (5) deve abranger diferentes áreas – educação (sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes); nutrição (com as devidas noções de uma dieta apropriada e acesso ao alimento de qualidade); abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; assistência materno-infantil; imunização; prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; tratamento de enfermidades e traumatismos comuns; medicamentos essenciais; (6) participação intersetorial; (7) autoresponsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde.

Apesar de fortalecer o conceito de saúde da OMS (1948) ao caminhar na direção da promoção da saúde, e de evoluir na valorização da saúde como

componente central do desenvolvimento humano, as concepções introduzidas em Alma-Ata necessitavam solidificar suas propostas subvertendo o tradicional padrão de saúde., valorizando também três componentes essenciais a vida humana – biologia, ambiente e hábitos de vida, não centrados no plano individual, o que já vinha dando provas de insuficiência; os determinantes sociais da saúde tem um potencial de influenciar comportamentos e circunstancias individuais. A promoção da saúde consagrou-se baseando-se no princípio de que estilos de vida orientam fatores sociais e ambientais. Empoderamento de participação social passaram paulatinamente a fazer parte das pautas de discussão na produção de suade. O esquema abaixo procura retratar a abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde.

Tabela Nº 03: Inter-relação existente entre os conceitos de Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Cidades Saudáveis.

ALMA-ATA	PROMOÇÃO DA SAÚDE	CIDADE SAUDÁVEL
1973 – 1978	1974 – 1986	1984
* Outros setores * Promoção/qualidade * Participação/planos * Atenção Primária de Saúde - Educação - Alimentação - Saneamento - Materno-Infantil - Imunizações - Prevenção de endemias - Doenças/trauma-tismos - Medicamentos * Tecnologia adequada - Ação comunitária - Autodeterminação - Auto-responsabilidade	* Capacidade de comunicar-se p/ melhorar a qualidade de vida * Participação decisória * Políticas saudáveis * Abordagem setorial * Ambientes favoráveis * Habilidades pessoais * Reconversão do sistema de saúde - ênfase na eqüidade - atenção determinante - extensão da promoção - prevenção, tratamento e reabilitação	* Comunidade participa dos planos p/ melhorar o ambiente e a qualidade de vida * Amplia a participação * Empoderamento * Compromisso público local * Políticas saudáveis * Ênfase em eqüidade * Atenção determinante * Macrofunção social - trabalho e renda - infra-estrutura - desenvolvimento social - saúde e nutrição
"EMPODERAMENTO"		SUSTENTABILIDADE SOCIAL

FONTE: Ministério da Saúde, 2002, p. 14.

Como será demonstrado, apesar de todos os avanços propostos e produzidos al longo de quase quatro décadas, alguns pontos continuam com dificuldades: o reforço dos serviços continua a residir na atenção terciária, a formação dos profissionais não foi ainda adequada para que prepare o futuro estudante para atuar na atenção primária e a prevenção continua a ser um desafio.

Desde então, sete Conferências foram realizadas: Otawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), de caráter internacional/ global; e Bogotá (1992) e Porto of Spain (1993), de caráter sub-regional. Todos elas desempenharam um papel político de grande importância, especialmente na motivação do interesse pelo tema. Novos elementos foram agregados a primeira Conferência: responsabilidade internacional que assegure políticas que resultem em impactos positivos sobre a saúde das nações em desenvolvimento; ênfase na saúde da mulher, à alimentação e nutrição, ao controle do tabaco e do álcool e à criação de ambientes favoráveis; ênfase na equidade para superar a pobreza e alcançar o desenvolvimento sustentável; respeito à biodiversidade; ampliação dos determinantes da saúde; promoção da responsabilidade social com o “empoderamento” da população; disseminação dos ideias da promoção da saúde (escolas, ambientes de trabalho, etc.); valorização da cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam a produção e utilização de ambientes saudáveis; compromisso social; construção de alianças e acordos de cooperação.

> Na prática, o destaque das conexões entre saúde e cuidado de saúde resultam fundamentais para a sustentabilidade dos enfoques não-médicos como meios primários de melhorar a condição de saúde. E a possibilidade de uma real articulação em toda a amplitude do processo de atenção vai permitir o estabelecimento de um gradiente no qual a superação de problemas críticos do passado poderá dar lugar a uma melhor apreciação dos benefícios dessa nova Saúde Pública (BRASIL, 2002, p. 17).

Cada Conferência realizada gerou um documento, suas respectivas Declarações.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Realizada em Alma-Ata, URSS, no período de 6-12 de Setembro de 1978.

Tem seu principal mérito de afirmar a saúde como direito fundamental e a prioridade do nível primário meta prioritária da saúde mundial, envolvendo esforços e ações de setores sociais e econômicos, além da própria saúde. Reafirmou a impossibilidade do desenvolvimento de uma nação desatrelada da saúde, cuja elevação contribui para o alcance de outras metas e necessidades, como a qualidade de vida e a cultura de paz.

O nível primário de saúde seria o pilar sobre o qual os outros se sustentariam. Essa posição estratégica seria a chave para a vida socialmente saudável e o enfrentamento dos problemas de saúde deveria contar com o esforço dos serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, com prioridade para necessidades.

CARTA DE OTTAWA
PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ottawa, novembro de 1986

Ottawa (WHO, 1986) priorizou cinco campos centrais de ação: a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; b) Criação de ambientes favoráveis à saúde; c) Reforço da ação comunitária; d) Desenvolvimento de habilidades pessoais; e) Reorientação do sistema de saúde. Como uma resposta as expectativas da nova saúde pública, as necessidades de saúde de diferentes países foram focalizadas e a atenção primária foi novamente reafirmada como a base da promoção da saúde, cuja tentativa de delimitação conceitual merece destaque:

> Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 20-1).

Alguns pré-requisitos para a saúde foram delimitados: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Também seria necessário reconhecer a saúde como maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal para que a dimensão da qualidade de vida pudesse ser alcançada. A isso denominou-se “defesa de causa”. As ações de promoção de saúde passaram a ter como objetivos tornar as condições descritas cada vez mais favoráveis. A capacitação da população para produzir sua própria saúde através do controle dos determinantes sociais da saúde, a mediação de indivíduos, famílias e comunidades como essencial na produção da saúde, a construção de políticas públicas saudáveis, e a criação de ambientes favoráveis para o desenvolvimento humano, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde, visão prospectiva foram tópicos de destaque dessa Conferência;

Alguns compromissos assumidos foram: atuação no campo das políticas públicas saudáveis e compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores; agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má nutrição; centralidade da atenção nos novos temas da saúde pública; atuação para produção de condições de saúde, entre diferentes grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades; reconhecimento as pessoas como o principal recurso para a saúde; capacitação dos indivíduos para a produção e manutenção da sua saúde; reorientação dos serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivo a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade; reconhecimento da saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; dedicação a ecologia; esforços para o estabelecimento de alianças em torno da saúde pública.

Ao final da Conferência, havia um otimismo em relação ao uma conquista da “Saúde para todos no ano 2000”, projeto que continua sendo uma utopia.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE
SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988

Esta Conferência elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis, com foco na saúde e na equidade, apontando firmemente para a intersetorialidade, reafirmando os princípios de Otawa e acrescentando o interesse e preocupação e compromisso com a criação de ambientes favoráveis. Responsabilizou mais incisivamente os governos ao afirmar que a “saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social”. Nesse sentido, supunha-se que assegurado acesso da população a meios para uma vida saudável e favorável, poderiam ser um caminho frutífero para a superação das desigualdades vivenciadas por pessoas em condições de desvantagem social e educacional. A alta prioridade seria direcionada a tais grupos desprivilegiados e vulneráveis, a minorias éticas e imigrantes.

Outros elementos deveriam ser considerados, nesta direção: “As políticas públicas voltadas para a saúde devem responder aos desafios colocados por um mundo de crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, com suas complexas intenções ecológicas e crescente interdependência internacional” (BRASIL, 2002, p. 36). Quatro áreas foram priorizadas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes saudáveis.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL
TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991

Esta Conferência detalhou e direcionou suas propostas para a interdependência entre saúde e ambiente. Segundo Simões (2000), esta teve um caráter verdadeiramente de conferência mundial devido à participação de 81 países, além da inovação de propor, mais incisivamente, a discussão das relações da interdependência e inseparabilidade entre ambiente e saúde, sendo responsabilidade de todos torná-lo favorável. A promoção da saúde deve ser um compromisso local,

regional e global por meio de ações urgentes geradoras de um maior nível de justiça social.

Constatou que milhões de pessoas vivem atualmente em situação de miséria, pobreza e privação extrema trazendo consequências desastrosas para a saúde e bem-estar, seja em zonas rurais ou urbanas, devido ao crescimento desordenado (que compromete o desenvolvimento sustentável como, por exemplo, a migração do interior para as cidades, aumentando o número de pessoas vivendo em favelas sem condições mínimas), ao descompromisso dos governos ou, ainda, por conta dos conflitos armados que crescem também em números alarmantes.

Reforçou, assim, a importância da intersetorialidade e envolvimento de diferentes segmentos que refletem diretamente nos problemas de saúde:

> A solução destes imensos problemas está além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais. As iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs e, globalmente, através das organizações internacionais. As ações devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis (BRASIL, 2002, p. 42).

Quatro aspectos para o desenvolvimento e manutenção de um ambiente favorável e promotor da saúde foram sublinhados: (1) dimensão social (normas, costumes e processos sociais ligados à saúde); (2) dimensão política (participação democrática, descentralização de recursos e compromisso com os direitos humanos e a paz); (3) dimensão econômica (desenvolvimento sustentável e rearrumação de recursos); (4) dimensão do preconceito em relação às mulheres (que precisa ser rompido, tendo em vista seu importante papel para o avanço em relação a uma base positiva e criativa de ambientes favoráveis).

Novas formas de prestação de contas devem ser contempladas para estabelecer prioridades e compromissos para combater as desigualdades, injustiças e estigmas relacionados a grupos minoritários, povos indígenas e pessoas portadoras com deficiência física. Para isso, quatro estratégias foram estabelecidas no nível da comunidade: (1) defesa da proposta de ações comunitárias, especialmente por grupos organizados de mulheres; (2) capacitação de comunidades e indivíduos para proverem controle sobre sua saúde e ambiente, por meio da educação e participação

nos processos de decisão; (3) construção de alianças entre saúde e ambientes favoráveis; (4) mediação de conflitos de interesse social para assegurar acesso igualitário e ambientes favoráveis.

Reconheceu que a educação é um elemento chave, bem como um direito humano básico, tornando-se estrategicamente importante para o desenvolvimento de mudanças políticas, econômicas e sociais relacionadas a saúde como realidade concreta na vida das pessoas, através da equidade no acesso e da igualdade de direitos. Alertou a comunidade internacional para a importância de se estabelecer novos mecanismos de prestação de contas dos serviços de saúde. O gerenciamento de ambientes favoráveis foi um compromisso assumido pela OMS e UNEP[84], inicialmente desenvolvendo guias e manuais baseados em princípios que possam promover o desenvolvimento sustentável.

A interligação essencial entre saúde, ambiente e desenvolvimento humano foi reconhecida, especialmente em relação a melhoria da qualidade de vida, elevação dos níveis de saúde, preservação da sustentabilidade do meio ambiente.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992

Esta Conferência desenvolveu-se no âmbito da América Latina e teve, portanto, importância fundamental para o Brasil. Afirmou a necessidade da procura por criação de condições para garantir o bem-estar e qualidade de vida por meio do desenvolvimento da saúde e da educação. Os desajustes econômicos geradores de desigualdades macrossociais e da deterioração das condições mínimas de vida decorrem em riscos para a saúde e redução de meios para gerá-la. Assim o maior o desafio latino americano para atuar na promoção da saúde estaria relacionado à interesses econômicos e a inexistência de propósitos sociais:

> O desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como trabalhar pela solidariedade e equidade

[84] United Nations Environment Programme, que se traduz por Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA).

> social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (BRASIL, 2002, p. 45).

O atraso e a pobreza foram considerados como enfermidades que causam sofrimento e devem ser combatidos, principalmente pelos efeitos colaterais ocasionados pelo crescimento desordenado decorrente da industrialização e urbanização. A participação ativa das pessoas para promover essas mudanças torna-se vitais para a criação de uma cultura favorável à saúde.

Informação e conhecimento foram reconhecidos como instrumentos indispensáveis para transformar estilos de vida e combater a violência que está na base de problemas psicossociais severos. Caberá a promoção da saúde não apenas identificar tais fatores, mas também atuar como agente de mudança para implantar as mutações radicais nas atitudes e conditas das pessoas em comunidades.

Os compromissos assumidos foram: (1) compreensão do conceito de saúde como condicionado e diretamente relacionado a fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais, relacionados a cultura e princípios éticos, e da promoção da saúde como estratégia por excelência para modifica-los; (2) aplicação de estratégias de promoção de saúde a partir do desenvolvimento de forças sociais e propósitos que se coloquem como frentes a interesses econômicos, para criar ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais e políticos comprometidos com a promoção da vida, e não com sua degradação; (3) incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas para garantir a equidade, criação de ambientes favoráveis e saudáveis; (4) negociação entre setores sociais e institucionais para garantir a promoção da saúde; (5) ações de combate a desvios de fundos públicos e burocracias desnecessárias, demasiadas e centralizadoras; (6) fortalecimento da capacidade da população nos processos de tomada de decisão; (7) eliminação de efeitos preconceitos contra à mulher; (8) estimulação ao diálogo entre culturas; (8) fortalecimento da capacidade de mobilização de recursos na produção social da saúde; (10) reconhecimento das pessoas comprometidas com a promoção da saúde como trabalhadores e agentes de mudanças; (11) estímulo ao desenvolvimento de ciências e tecnologias por meio de pesquisas e construção de conhecimentos, como meios de operacionalizar a transformação e valorizar da liberdade, mudança e participação.

DECLARAÇÃO DE JACARTA
QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Jacarta, Indonésia, 21 - 25 de julho de 1997

Esta Conferência desenvolveu as bases conceituais e políticas de promoção da saúde, atualizou as discussões de Ottawa e reforçou a ação comunitária com responsabilidade social. Propôs aumentar os investimentos na saúde, com enfoque multissetorial envolvendo educação, habitação e outros setores sociais. Estimulou a expansão de parcerias entre governo e sociedade, aumentando assim a influência da comunidade para a melhoria dos indicadores dos determinantes da saúde.

Um elemento que surgiu de forma inédita foi a inclusão do setor privado no apoio à promoção da saúde. Assim também a necessidade reexaminar os determinantes da saúde e redefinir estratégias de enfrentamento que se anunciavam no século XXI. Reafirmou a saúde como direito fundamental e essencial para o desenvolvimento econômico e social, preconizando a redução de iniquidades e aumento das expectativas de saúde e vida entre países e grupos.

> Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde (BRASIL, 2002, p. 49).

As transições demográficas e o consequente aumento das pessoas idosas, a prevalência de doenças crônicas, sedentarismo, falta de acesso a medicamentos, bens e serviços, disseminação do uso de drogas e da violência nos mais diferentes espaços sociais e privados foram reconhecidos como problemas que ameaçariam a promoção da saúde no século que se anunciavam.

Com base nas evidências da eficiência de enfoques abrangentes, do papel estratégico das localidades para a implementação de ações abrangentes, da fundamentalidade da participação social e da educação em saúde, as seguintes prioridades para a promoção da saúde foram traçadas: (1) associar responsabilidade social com a promoção da saúde; (2) aumentar os investimentos para fomentar a saúde; (3) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; (4) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; (5) conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (BRASIL, 2002, p. 50).

Para torná-los realidades, as seguintes recomendações deveriam ser seguidas: (1) aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde; (2) apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário; (3) mobilização de recursos para a promoção da saúde; (4) acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas; (5) facilitação do aprendizado compartilhado; (6) promoção da solidariedade em ação; (7) promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.

REDE DE MEGAPAÍSES

REDE DE MEGAPAÍSES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Genebra, Suíça, 18 - 20 de março de 1998

Essa Rede surgiu do reconhecimento da necessidade de uma aliança entre os países na implementação da promoção da saúde, uma vez que juntos representam 60% da população mundial. São eles: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América. Compreendia-se que um trabalho conjunto entre eles poderia constituir-se com força poderosa na consolidação da promoção da saúde.

Para isso foi necessário reconhecer os principais problemas e as mudanças mais impactantes no cenário internacional: (1) duplo impacto das doenças transmissíveis e não-transmissíveis sobre os custos de saúde; (2) crescimento da população e mudanças demográficas; (3) degradação do meio ambiente; (4) globalização dos mercados com aumento do livre comércio; (5) urbanização crescente e isolamento rural; (6) desigualdades na distribuição de renda; (7) diminuição contínua de oportunidades e o baixo status das mulheres; (8) transformações nas características dos sistemas de apoio social e comunitário e de democratização societária; (9) desenvolvimento da comunicação; (10) aumento de agressões, conflitos e de catástrofes provocadas pelo homem; (11) aumento progressivo da transferência do trabalho de risco para países em desenvolvimento.

Reafirmou o que já havia sido constatado, que todas essas tendências têm impactos e consequências econômicas, socioculturais, políticas e ambientais, sobre as quais uma combinação de esforços estratégicos podem incidir para promover

transformações. A Rede fortaleceria, assim, a oferta de saúde às populações por meio da identificação e do direcionamento para prioridades. Para isso, cinco metas foram estabelecidas: (1) Melhoria da base de informações, partilhamento de políticas e programas exitosos, pesquisas e avaliações; (2) desenvolvimento da saúde através de estratégias que atingiam estilos de vida saudáveis, preservação do meio ambiente e assentamentos; (3) mobilização e redistribuição de recursos existentes; (4) aumento da colaboração intersetorial entre agências governamentais e não-governamentais, públicos e privados; (5) direcionamento de questões comuns. E sete objetivos foram traçados: (1) melhorar a capacidade de cada país na promoção de saúde; (2) aumentar a consciência, o reconhecimento e o poder decisório da população de cada país; (3) implementar estratégias de promoção da saúde em torno de prioridades; (4) fomentar a eficiência, a inovação e a efetividade de custos, através da partilha de políticas e programas bem-sucedidos; (5) desenvolver, implementar e manter pesquisas e avaliação; (6) disseminar políticas e programas de promoção da saúde: (7) incrementar as questões de promoção da saúde na agenda política internacional.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO

QUINTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000

Tendo como primeiro sub-título “Das ideias às ações”, as lideranças participantes desta Conferência concordaram: (1) consecução de níveis de saúde como necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade; (2) promoção da saúde e do desenvolvimento social como um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade; (3) necessidades de um conjunto de atitudes e esforços para garantir a melhoria significativa da saúde; (4) reconhecimento de que apesar dos avanços ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que demandam urgência em ser tratados; (5) reconhecimentos de ameaças de doenças novas ou re-emergentes; (6) abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde; (7) promoção da saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos; (8) indicações de estratégias para sua efetivação.

A promoção da saúde, assim, passou a ser prioridade fundamental que deveria ser garantida pela participação ativa da sociedade e responsabilidade dos governos, que deveriam incluir algumas primazias em suas agendas: identificar prioridades de saúde, apoio a pesquisas, mobilização de recursos financeiros e operacionais, estabelecer e fortalecer redes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios de proteção à saúde da 1ª Conferência Internacional em 1986 (Ottawa, Canadá) foram reafirmados na 2ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde dois anos depois em Adelaide, na Austrália), recomendando a implantação dos novos modelos de atenção à saúde. As trajetórias das Conferências Internacionais demonstram que as bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram disseminadas e interferiram globalmente na educação médica. Porém, as questões relacionadas à formação dos profissionais de saúde não receberam a mesma atenção dos temas anteriormente descritos.

APÊNDICE 2

VÁRIOS AUTORES, DIFERENTES OLHARES, MÚLTIPLAS CONCEPÇÕES: UM BREVE PASSEIO HISTÓRICO PELO CONCEITO DE SAÚDE / DOENÇA E SAÚDE MENTAL

Conceituar saúde é um trabalho que deve considerar: a complexidade que as concepções de adoecimento, de uma vida saudável, representações e sentidos que se tecem no interior de uma conjuntura social, econômica, política e cultural; uma variação histórica, diferentes concepções advindas das ciências, religiões, filosofias; aspectos subjetivos, locais, valores individuais ou partilhados, e atribuições de sentidos que, atuando conjuntamente, impossibilitam que a saúde possa representar uma mesma coisa para todas as pessoas em todos os lugares. Isso também é verdadeiro para as diferentes concepções de doenças que pode ser muito variável, especialmente as doenças transmissíveis em relação as quais surgiram, ao longo da história, diferentes formas de compreensão e tratamentos.

Em uma concepção mágico-religiosa, a doença era entendida como pecado, maldição ou resultante da ira divina. A lepra e as formas excludentes de lidar com seus portadores é um exemplo da forma como as doenças contagiosas eram compreendidas. O doente deveria viver isolado e não poderia ter contato com outras pessoas. Esse tipo de comportamento perdurou por toda a idade média. O povo judeu e, mais tarde, cristão, ao se diferenciar dos outros povos, mantinha seus aspectos simbólicos de identificação e, ao mesmo tempo, protegia-se de contágio de doenças transmissíveis, ainda que não fosse uma ação consciente e planejada de prevenção, pois não havia conhecimento das causas das doenças. Em outras culturas, a purificação e extirpação dos espíritos e males que causavam doenças era função dos xamãs e, para realizar essas práticas de cura, tinha que passar por rigorosos e

prolongados treinamentos, bem como aprender a utilizar plantas curativas e alucinógenas.

Os gregos desenvolveram uma modulação importante a essas concepções ritualísticas, ainda que houvessem divindades ligadas à saúde: Asclepius (divindade da medicina, mencionado na Ilíada), Higeia (deusa da saúde, manifestação de Atena deusa da razão, cujos cultos ressaltavam práticas higiênicas), Panacea (deusa da cura, que traz a ideia de que tudo pode ser curado por meio de plantas e métodos naturais. Essa modulação precipita as concepções de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), considerado o pai da Medicina. Apesar de pouco se saber sobre a sua vida, há referências a sua existência nas obras de filósofos como Platão, Sócrates e Aristóteles. Em relação ao *Corpus Hipocraticus*, coleção de textos que compõem sua obra, a hipótese mais plausível é de que sejam trabalhos compilados de várias outras pessoas que se desenvolveu por um longo tempo. Nesses manuscritos encontra-se um ponto de vista bem mais racional da medicina distante das conjecturas mágico religiosas. Para ele, as doenças tinham causas naturais e atribuir suas origens a divindades refletia a limitação e a ignorância humana.

> Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. A obra hipocrática caracteriza-se pela valorização da observação empírica, como o demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade. A apoplexia, dizem esses textos, é mais comum entre as idades de 40 e 60 anos; a tísica ocorre mais frequentemente entre os 18 e os 35 anos. Essas observações não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como “Ares, águas, lugares” discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um *conceito ecológico* de saúde-enfermidade (SCLIAR, 2007, p. 32-3 – grifos nossos).

O pensamento hipocrático influenciou outros segmentos. Os romanos incorporaram os princípios da medicina grega. Galeno (129-199) considerou a relevância dos quatro temperamentos para a manutenção da saúde, inspirando-se no modelo dos humores de Hipócrates. As causas das doenças estariam no interior do próprio homem (causas endógenas) ou no desequilíbrio ocasionado pelos seus próprios hábitos. De modo correspondente a Hipócrates, as concepções orientais de saúde e doença, ainda que por uma trilha diferente. As forças vitais que existem no corpo devem seguir em harmonia e equilíbrio para que doenças não advenham.

Na Europa, em plena a Idade Média, encontrava-se a concepção cristã, associando a doença ao pecado, e a cura ao perdão pela fé no divino. O tratamento dos doentes também estava por conta da igreja que administravam os hospitais que, àquela época, funcionava como abrigo para acolher e dar conforto aos doentes, concepção distante ainda do lugar terapêutico tal como concebido na atualidade. Devia procurar viver sem contrariar a natureza, buscando ter alimentação equilibrada, sem excessos, práticas sexuais reguladas e evitar paixões desmedidas, tal como as indicações hipocráticas.

Somente na modernidade essas concepções religiosas vão mudar cedendo lugar para a ciência. Na Suíça, Paracelsus (1493-1541) defendeu a tese de que eram os agentes externos que provocavam as doenças e, com a colaboração concomitante do desenvolvimento da química e o início de suas influências sobre a medicina, ele supôs que no corpo humano ocorrem processos químicos que poderiam sofrer interferências de elementos químicos externos, como os remédios para as doenças. Ele utilizou então doses mínimas de minerais e metais no tratamento da sífilis, doença epidêmica na Europa daquela época, resultante da liberalização sexual. No século XVI, René Descartes, influenciado pela concepção mecanicista, compreendeu o corpo humano e seu funcionamento como máquina e supôs uma divisão entre corpo e mente. A dessacralização do corpo permitiu o desenvolvimento da anatomia e de outros campos de investigação do corpo biológico.

Em decorrência disso, outros avanços ocorreram. A descoberta do microscópio ocorreu no século XVII, mas foi, inicialmente, pouco valorizado. A ciência continuou avançando e no século XIX Louis Pasteur passou a explora-lo, valoriza-lo e utiliza-lo. Ele descobriu a existência de microorganismos e seu envolvimento na causa de doença, o que possibilitou o desenvolvimento de soros e vacinas. Esse evento ficou conhecido como a revolução pasteuriana e marcou a história por possibilitar, de forma inédita, a identificação de fatores etiológicos que passaram a permitir a prevenção e a cura de muitas doenças.

Em Londres, médico inglês John Snow (1813-1858), realizou um estudo prógono sobre a cólera realizando um tipo de contagem. Este evento deu origem ao campo da epidemiologia e passou a associar números, que já eram utilizados para medir os sinais vitais, às doenças que surgiam na coletividade. Uma ciência que surgia nessa mesma época, a estatística, colaborou para o desenvolvimento do campo e foi muito bem aceita: na Inglaterra vigorava a ideia de tudo poderia ser expresso em

números; na França, Louis René Villermé (1782-1863), médico, conduziu um estudo nos bairros de Paris e analisou a mortalidade associando as condições de saúde aos diferentes níveis de renda.

De fato, foi na Inglaterra, em consequência de ser o berço da revolução industrial, que os estudos estatísticos foram alavancados, em virtude da necessidade de manter a produtividade que se atrelava diretamente ao proletariado, seus efeitos sobre a saúde, além da questão da urbanização que também era uma realidade. Willian Farr (1807-1883) desenvolveu um estudo inovador ao combinar números de mortalidade com relatos da população, encontrando inúmeras desigualdades entre os distritos “sadios” e os “não-sadios” do país (SCLIAR, 2007, p. 35). Edwin Chadwick (1800-1890), advogado inglês, escreveu um relatório sobre as condições sanitárias dos ambientes das fabricas em que se encontravam os trabalhadores que impressionou o parlamento, levando-os, pela primeira vez na história, a criar um departamento de saúde, dando início oficial aos trabalhos de saúde pública na Inglaterra (SCLIAR, 2007). Iniciativas semelhantes aconteceram nos Estados Unidos (Lemuel Shattuck, 1850). Tinham sempre a mesma finalidade, alertar os capitalistas e latifundiários que sua ganância iria sacrificar uma massa de mão-de-obra operária. Sistemas de seguridade social e de saúde foram surgindo e se espalhando, inicialmente na Alemanha e depois na França, e se espalhando.

Já no século XX, o contexto das grandes guerras e os terríveis danos causados no plano global, colaborou para que o conceito de saúde adquirisse um caráter mais universal, após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A Declaração Universal dos Direitos Humanos também foi um marco importante neste sentido. Um novo conceito de saúde foi divulgado no dia 07 de abril de 1948: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A saúde passou a ser reconhecida como direito a uma vida plena, a condições favoráveis para desenvolvê-la.

Em 1974, Marc Lalonde, Ministro da Saúde e do Bem-estar do Canadá àquela época, formulou um importante conceito: campo da saúde (*health field*), de grande utilidade para analisar os fatores que influenciam a saúde e que devem ser alvo de atenção da saúde pública. O campo da saúde, segundo Lalonde, deve abranger:

(1) A *constituição biológica* referente a herança genética e os processos inerentes à vida, incluindo os fatores de desenvolvimento da concepção, nascimento até o envelhecimento;

(2) A *ecologia*, ou seja, o *meio ambiente* que envolve o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;

(3) Os *hábitos ou estilo de vida*, que resultam em decisões que repercutem na saúde: sedentarismo, etilismo, alimentação desmedida e não saudável etc.;

(4) A *assistência à saúde*, sua organização, os serviços ambulatoriais e hospitalares, medicamentos, equipes fazem parte das representações que as pessoas construíram socialmente sobre saúde. Embora de grande importância a saúde não se restringe a esses elementos; condições relacionadas aos tópicos anteriores são necessárias para a manutenção da saúde, tais como ter água potável, alimentos saudáveis, acesso aos serviços e a insumos, bem como o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Estabelecer prioridades é importante porque a escassez de recursos na área da saúde é uma realidade.

Em 1974, construiu um relatório que denominou “Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses”; este documento foi considerado de grande importância por constituir-se como o primeiro a reconhecer que as intervenções biomédicas (isto é, serviços médicos, serviços hospitalares, produtos farmacêuticos, etc.), não eram as principais responsáveis pelo bem-estar das pessoas individualmente e nem por promover a melhoria dos níveis de saúde da população. Ele identificou diferentes determinantes de saúde agrupando-os em quatro grandes áreas: Meio Ambiente, Estilo de vida, Biologia Humana, Sistema de Assistência à Saúde descritas suscintamente: (1) Ambiente: Todas as questões relacionadas com a saúde externa para o corpo humano e em que o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Inclui ambiente físico e social; (2) Biologia Humana: Todos os aspectos da saúde, físicas e mentais, desenvolvidos no corpo humano, como resultado da composição orgânica: (3) Estilo de vida: A agregação de decisões pessoais, sobre o qual o indivíduo tem controle, e que compõem seu estilo de vida, riscos auto impostos decorrentes desses hábitos e que podem contribuir para a saúde ou causar doença ou morte; (4) Saúde ou da Organização: quantidade, qualidade, organização, natureza e relações de pessoas e realização do mais alto nível possível de saúde em todo o mundo social, necessitando envolver ações de muitos outros setores sociais e econômicos, além de saúde.

Os cuidados primários de saúde são considerados como essenciais e baseados em tecnologias simples e práticas, fundamentadas em pesquisas e

conhecimentos científicos socialmente aceitáveis, e em métodos disponíveis a indivíduos e famílias através de sua plena participação. Os custos desses devem ser acessíveis a comunidades e países, em cada etapa de seu desenvolvimento, para desenvolver um espírito de autoconfiança e autodeterminação.

A Conferência de Alma Ata discutida no apêndice I foi uma das ações da OMS inspirada no modelo de Lalonde e estabeleceu as seguintes prioridades: atenção aos problemas comuns de saúde por meio da educação em saúde, desenvolvimento de métodos de prevenção e de controle de fácil entendimento; promoção da oferta de alimentos, nutrição adequada, fornecimento adequado de água potável, cuidados maternos e infantis, incluindo o planeamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas. Essas prioridades devem se basear tanto no nível local como social, incluindo os mais diferentes atores sociais, os indivíduos, as famílias, os profissionais de saúde e os agentes comunitários.

Caberia aos governos a formulação de políticas nacionais, estratégias e planos de ação nacionais, a fim de iniciar e manter cuidados de saúde primários, como parte de uma agenda maior relacionada ao sistema global de saúde e em integração com outros setores. Também delimitou a cooperação dos países em um espírito de cooperação, solidariedade apoio e serviço visando assegurar os cuidados primários a todas as pessoas.

Destarte essas necessidades, a OMS afirmou seu posicionamento de conceber a saúde em termos mais amplos e enfatizou as enormes desigualdades sociais que decorriam em desníveis em relação a saúde, especialmente entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A Conferência destacou a responsabilidade dos Governos na provisão da saúde e a importância da participação coletiva das comunidades no planejamento e implementação das estratégias e ações de cuidados referentes à saúde que podem ser assim resumidas, segundo Sclair (2007, p. 38): (1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; (2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias – portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; (3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; (4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base.

A promoção da saúde, por tradição, passou a ser uma referência à atenção primária de cuidados em saúde, relacionada à medicina preventiva e, mais recentemente, com o compromisso mediante a realidade e existência concreta das relações entre saúde e condições de vida. Salvo a pertinência dessas premissas, o conceito de saúde da OMS, em sua vertente pragmática, continua a apresentar lacunas importantes, inconsistências, contradições e obscuridades de grandes repercussões, em especial, no campo das práticas. A biomedicina contribuiu para o esgarçamento das relações entre os conceitos de saúde e a experiência concreta dos sujeitos com relação a saúde, adoecer, perder, morrer, curar. Neste sentido, Czeresnia (2003, p. 40) considera que “não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico”.

A Conferência previu que a saúde deve ser causa e consequência de um processo integrado de desenvolvimento social e econômico do país que origina e sustenta o sistema nacional de saúde (por sua vez, integrado a outros setores como educação, agricultura e indústria, desenvolvido e articulado com as condições sociais e culturais das comunidades, nos quais devem se basear os cuidados primários de saúde que devem incluir, no mínimo, educação, alimentação, medicamentos, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças, bem como de eventos produtores de agravos à saúde.

Os cuidados primários de saúde, enquanto conceito, indica uma proposta política e racional, de tecnologia simples, para resolver problemas básicos de saúde. O foco passa a estar no surgimento dos problemas, ou seja, nas comunidades, onde as pessoas vivem e desenvolvem seus hábitos e adquirem estilos de vida, nem sempre favoráveis a saúde: os grandes hospitais, a ênfase no especialismo e nos diagnósticos que envolvem alta tecnologia, cede lugar para a atenção a problemas básicos com intervenções básicas, uma lista básica de medicamentos ao invés de alimentar uma ideologia da utilidade social.

Ribeiro (1994) defende que a história da medicina (que em muito coincide com a história da saúde ou, pelo menos, interliga-se a ela) não se resume as concepções hipocráticas (centrada na pessoa do doente e em sua relação com o ambiente que o cerca) ou ontológicas (quando defende-se as doenças como provocadas por entidades autônomas sem relações com a personalidade dos sujeitos ou de seus

estilos de vida). Para este autor, quatro grandes períodos na história da humanidade devem ser considerados na descrição da evolução dos conceitos de saúde e de doença. O primeiro, considerado pré-cartesiano, estende-se até o século XVII; seguido do segundo compreendido como científico (tem como marco fundamental o desenvolvimento do modelo biomédico), com a colaboração da implementação do pensamento científico e da revolução industrial; um terceiro período é considerado por ele como a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública, a partir do século XIX; e, por fim, o quarto período é marcado pelo advento da segunda revolução da saúde, iniciada na década de 70 e o conceito de promoção da saúde.

A abordagem de Hipócrates vale destaque no período pré-cartesiano. Hipócrates de Cós (referência a cidade em que nasceu), médico grego, é considerado o pai da medicina e, apesar das controvérsias sobre sua abordagem pertencerem a mitologia, ele de fato viveu durante a segunda metade do século V a.C. Ele consolidou o que outros médicos gregos iniciaram antes dele, a separação da medicina das práticas mágico-religiosas vigentes nos séculos anteriores. A princípio não tinha a intenção de adentrar no campo da anormalidade, mas acabou por estabelecer uma oposição entre equilíbrio e costumes (Cairus; Ribeiro Jr, 2005). Ele explicou as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa, e ressaltou, de forma inédita, importância da relação do médico com o doente e as consequências sobre o seu reestabelecimento. ANEXAR JURAMENTO 151 deste livro.

Já no período científico, filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon, no século XVII, capturados pelo fascínio em relação das engrenagens, explicaram o mundo e a vida humana como semelhantes a uma máquina, provocando uma explicação reducionista do funcionamento do universo, do mundo e dos seres vivos. O modelo cartesiano do corpo foi baseado no do relógio: quando com defeito precisa de reparos em suas engrenagens para voltar ao pleno desenvolvimento. Essas concepções, especialmente a de Descartes, acabaram por criar um modelo científico de explicações e comprovações adotado por médicos e fisiologistas célebres da época: em um processo racional, o corpo humano foi conceitualizado como uma grande invenção em que as peças são colocadas em ordem e encaixadas.

Essas concepções ofereceram as bases sobre as quais se assenta o modelo biomédico tradicional de saúde que considera a doença como uma avaria temporária ou permanente da máquina corporal que compromete seu funcionamento, seja por

meio de um dos seus componentes, vários deles ou da relação entre eles. A concepção de cura passa a vincular-se estreitamente a doença, equivalendo-se ao reparo da máquina. À época, este modelo produziu avanços importantes no campo da saúde, possibilitou progressos notáveis na investigação e teorização sobre as doenças, ofereceu bases para reorientar a prática médica que passou a se fundamentar em três critérios, segundo Ribeiro (1993): primeiro, mudança da atenção ao todo para a ênfase na redução a pequenas partes que compõem os sistemas, cada uma delas consideradas em separado; segundo, o centro do cuidado passa a ser as características universais de cada doença e mais as particularidades e idiossincrasias em envolviam o indivíduo e o seu contexto; terceiro, os fatores ambientais (morais, sociais, comportamentais) cedem lugar a uma forte tendência materialista.

Ribeiro (1993) define a primeira revolução da saúde como um marco das primeiras preocupações e ações de saúde pública desenvolvidas pelo modelo biomédico, uma medida necessária mediante as consequências da Revolução Industrial na ordenação das cidades (uma grande quantidade de imigrantes aglomeravam-se em busca de trabalho movidos pelo sonho de uma vida abastada), alterando seu panorama (tornaram-se lugares insalubres, colocando em risco as condições de habitabilidade e facilitaram a proliferação de microrganismos causadores de infecções), e a vida dos trabalhadores (alocados nas fábricas sem nenhum tipo de fiscalização ou proteção que lhes garantissem um ambiente adequado de trabalho). Resultado: o número de doenças, agravos, morbidades e mortalidade tornaram-se altíssimos. As medidas eram, portanto, uma questão de sobrevivência e foram tão eficazes à época que perduraram até meados do século XX.

O modelo biomédico, aplicado à saúde pública, desenvolveu-se, a partir do reconhecimento das doenças infecciosas como problemas de saúde quase que impossíveis de tratar e curar, tanto pelos efeitos produzidos nas pessoas quanto pela transmissão do agente patogênico no ambiente favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso. O desenvolvimento de mecanismos de contenção e controle da proliferação eram necessários: construção de sistemas de esgotos, distribuição de água potável, gestão de migrações foram algumas dessas medidas empreendidas pela biomedicina.

Nisto consiste a segunda revolução da saúde, segundo Ribeiro (1993): diante da nova realidade que capturou a humanidade, o olhar para a mínima parte perdeu sua eficiência e passou a requerer um conceito de saúde mais totalizante que pudesse

contemplar essa multidimensionalidade e pluralidade causal relacionada a estados antes desconsiderados, como os psicológicos (sinônimos de saúde mental), por exemplo, hoje compreendidos como facilitadores dos processos de tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

Um novo modelo de saúde passou a ser requerido para atender às novas exigências de saúde: a primeira revolução centrou-se na prevenção, agora passa a focalizar a saúde, e não mais a doença, a partir de um ponto de vista ecológico. As novas epidemias não apresentam tão facilmente um agente causal como aquelas características dos séculos XVIII e XIX. Agora elas são epidemias éticas e comportamentais (MCINTYRE, 1994 apud ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). O problema da violência é um exemplo emblemático dessas novas configurações: as novas epidemias têm no próprio homem o agente avassalador que não pode ser combatido pelos métodos anteriores; as vacinas não resolvem o problema do comportamento e são ineficazes para alterar estilos de vida. A produção da saúde passa a depender de decisões e escolhas que os próprios homens fazem para si e que potencialmente afetam a vida de outros homens, dando ao problema uma tonalidade coletiva e não apenas individual. Conceitos como promoção da saúde e estilos de vida passam a estar na pauta de debates e nas prioridades da agenda do campo da saúde.

Na década de 1990, tece-se uma perspectiva interacionista em torno do processo saúde doença, evidenciando suas limitações na concepção de rede semântica: a primeira, é de interpretá-la de forma parcial, pois toda realidade é polifônica, possui muitas vozes que dialogam e se individualizam dialeticamente. A enfermidade se constitui, portanto, por múltiplos vieses que se apresentam nas narrativas dos profissionais, do paciente, dos familiares, dos serviços de saúde e pelos sons de fundo que se colocam pela legislação, pelos planos de saúde etc.: “doença encontra-se imersa numa teia social em que todos negociam uns com os outros a constituição do objeto médico e a direção do corpo material” (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 106).

A segunda, refere-se a análise da rede de sentidos reduzidas às resistências ao saber/poder médico e seus representantes. Enquanto rede ela se tece na dialética da produção/reprodução dos saberes e práticas hegemônicas, permitindo o entendimento de como estes saberes e práticas operam, se organizam e se perpetuam pelas suas raízes culturais. A noção de rede semântica deve ser ampliada:

doença comporta significados plurais, produto de interconexões de experiências, discursos, ações, pensamentos, e afetos das pessoas que compõem o âmbito social.

> As redes semânticas são estruturas profundas que ligam a enfermidade a valores culturais fundamentais de uma cultura, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento cultural explícito e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 107).

Nessa perspectiva, a enfermidade é tomada como uma narrativa (texto), seja oral ou corporal, cujas respostas são obtidas por meio da compreensão da complexidade desse processo relacional entre o texto, o sujeito que o lê (profissional) e a inserção social e histórica destes.

> A síntese não é um ato final do leitor, mas um processo em andamento, um ponto de vista em movimento, no qual o reconhecimento da rede de perspectivas, do movimento e das atividades de objetivação oferece valiosas oportunidades para estudos comparativos dos textos culturais da saúde e da doença-enfermidade (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 107).

O conceito de saúde envolve uma riqueza, multiplicidade e complexidade que lhe é inerente enquanto fenômeno vividamente humano, sendo possível compreendê-lo de forma empírica, estudá-lo por métodos de análise e percebê-lo pelas consequências que desembocam no cotidiano da vida humana.

Em seu entorno, ha um interesse que conta de longa data, desde os primórdios na Antiguidade Clássica na Grécia com os primeiros filósofos, como Platão e Aristóteles. Já na modernidade, René Descartes desenvolveu as ideias de que as enfermidades e as necessidades são resultantes da confusão entre mente e corpo; tentando demonstrar racionalmente a existência da alma, questionou o funcionamento do corpo como sendo uma mera disposição de órgãos e sistemas. As formulações cartesianas, caracteristicamente dualistas, embora de grande valor para o desenvolvimento científico, estão na raiz do pensamento contemporâneo sobre saúde doença, por uma visão reducionista, mecanicista e dicotomista.

A tradição filosófica sempre questionou o conceito e, nesse sentido, as postulações de Immanuel Kant merecem destaque. O filósofo que promoveu a síntese entre empirismo e racionalismo propondo uma teoria do conhecimento, modalizou o conceito de saúde em saúde terapêutica (desdobrada em clínica – praticada pela medicina que trabalha para suprimir a doença ou proteger a saúde por práticas

dietéticas ou preventivas disponíveis àquela época) e o sentimento de saúde (relacionado ao sentimento de bem-estar não necessariamente ao estado de saúde ou doença).

Alguns autores destacaram-se na abordagem do conceito de saúde. Passa-se a abordá-los.

2.1. GEORGES CANGUILHEM

No mundo contemporâneo, filósofos de importância tem se ocupado de abordar o tema da saúde. Georges Canguilhem (1943), discípulo de Gaston Bachelard, notabilizou-se no cenário das ciências da vida e da saúde pela forma singular ao aprofundar-se nos estudos sobre os conceitos de normal e patológico. Para ele, “os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, apenas com variações quantitativas” (Canguilhem, 1943/2002, p. 9). Compreende que a medicina se norteia por uma definição de normal baseada em concepções fisiológicas que conferem a ciência clínica somente a capacidade de descrever variedades e diferenças. Em 1988, ele escreveu o artigo *A saúde: conceito vulgar e questão filosófica* e justifica sua escolha por abordar a “saúde filosófica”, mencionando Maurice Merleau-Ponty, pois, como filósofo, ao questionar a saúde, foi colocado em causa por ela (CANGUILHEM, 1988/2005, p. 48).

Apesar de dispor os conceitos em pares, saúde-doença e normal-patológico, não os considera como contraditórios: a patologia tem normas com outras normas subjacentes e vitais que impedem as pessoas de terem um modo de vida sadio; a normalidade é, então, uma categoria mais ampla que engloba subcategorias como saúde e doença.

> Norma significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto, o que se conserva num justo meio termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e *é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma* espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável (Canguilhem, 1943/2002, p. 95 – grifos nossos).

O autor afirma que “o anormal não o é por ausência de normalidade”, ou mesmo por sua limitação, mas por manifestar uma normalidade diferente daquela que a antecedeu: “o estado mórbido é ainda uma certa maneira de viver”. A oposição se dá

então entre a concepção de enfermidade (puramente orgânica, na racionalidade biomédica) e a saúde, “entendida como capacidade de produção contínua de novas normas” (CANGUILHEM, 1943/2002, p. 48).

Na ótica de Canguilhem, a medicina não tem interesse pelos conceitos de saúde e doença porque são considerados como abstrações teóricas, de onde emana a noção de normalidade que passa a advir de uma medida fisiológica e uma postura de positivismo lógico que considera a doença como uma forma de vida autônoma, não redutível a um dado objetivo. Variedades e diferenças são definidos sem atribuição de valor positivo ou negativo. A clínica, que num sentido estrito não pode ser considerada uma disciplina científica, utiliza métodos da ciência agrupando pares de conceitos assimétricos (normal/patológico, saúde/doença), em que um é a exclusão direta do outro. O patológico está para a doença em oposição ao vital que está para o sadio.

> As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais: a saúde constitui uma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da patologia para instalar uma nova ordem fisiológica (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 114).

Nesses dois momentos distintos de sua obra (em 1943, com a obra *O normal e o patológico* e em 1988, com o texto supracitado), Canguilhem afirma que a normalidade engloba também a saúde quanto a patologia: a vida teria uma norma mais ampla (normalidade) e a saúde (norma de vida superior) e a doença (norma de vida inferior) seriam subcategorias dela. Ambas são, portanto, normais.

> Ainda que a saúde seja o maior de todos os nossos bens concernentes ao corpo, ele é, contudo, aquele sobre o qual fazemos o mínimo de reflexão e apreciamos menos. O conhecimento da verdade é como a saúde da alma: quando a possuímos, não pensamos mais nela (CANGUILHEM, 1988, p. 37).

Nessa perspectiva, saúde deixa de ser um tipo de adaptação, de obediência cega a um modelo e tem na transgressão desse modelo a possibilidade de manter-se. É uma concepção dinâmica que propõe a saúde como um imbricamento saúde-doença, e o limiar entre ambas é singular com atravessamentos culturais, econômicos, sociais e históricos. A influência individual isolada não é suficiente para determinar o resultado da interação saúde doença, uma vez que envolve sua inscrição na rede sentidos (simbolização).

Canguilhem (1988) amplia a concepção científica de saúde problematizando a célebre afirmação de René Leriche (1936), “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. Para ele, o campo disciplinar médico higienista promove a passagem da saúde particular, privado, como verdade subjetiva, para um processo objetivo, mensurável, que dá ao objeto de estudo científico caraterísticas empíricas que envolvem o organismo interagindo com um ambiente social. “Se a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível” (CANGUILHEM, 1943/2002, p. 76).

Portanto não ter doença se difere da saúde “como uma qualidade difere da outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica” (CANGUILHEM, 1943/2002, p 21). Suas proposições rompem com a ideia do homem como máquina e a atenção profissional como mero corretor de defeitos:

> Recusa de assimilar a saúde a um efeito necessário de relações de tipo mecânico (...) Não há saúde em um mecanismo. Não haver doença da máquina coaduna-se perfeitamente com o fato de que não há morte da máquina (CANGUILHEM, 1988, p. 40).

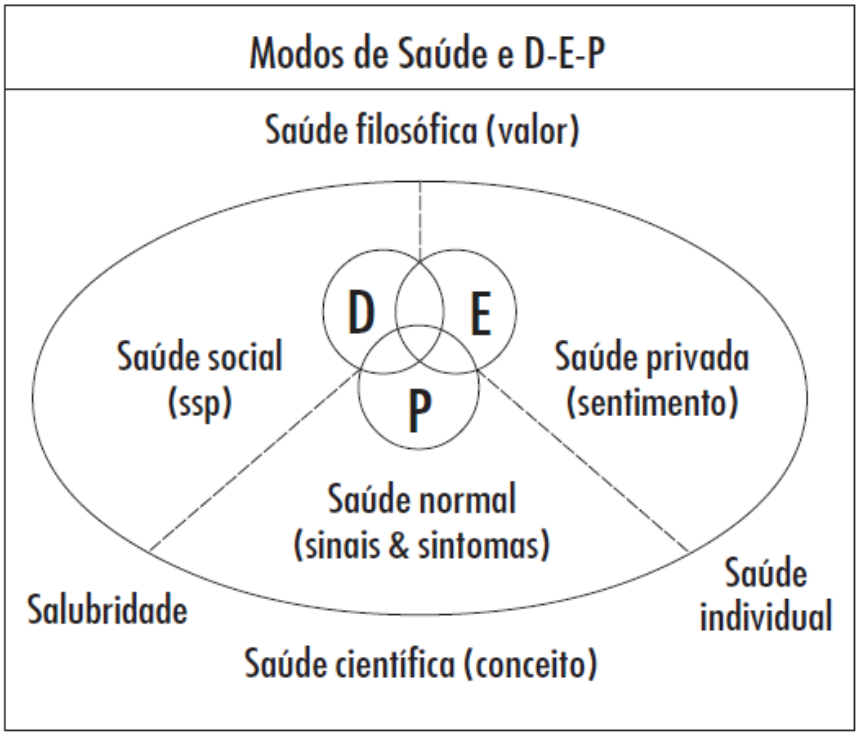
Ao invés de propor uma bipolaridade, sua teoria caminha muito mais em perspectiva dinâmica entre a saúde científica (pública) e a saúde filosófica (individual, subjetiva) em suas relações com a salubridade, riscos, vulnerabilidades, objetos de estudo das ciências da vida e da saúde. Abaixo, a Figura Nº 10 apresenta-se o modelo de Canguilhem que foi adaptado por Almeida Filho (1999)

Esse esquema corrobora a proposta desse estudo à medida que pode se aproximar do conceito de saúde mental do estudante de medicina de forma científica tomando por base os conhecimentos construídos em torno do tema. Ao mesmo tempo, o trabalho de campo permitiu a escuta dos valores em torno da saúde e abriu possibilidades de compreender as vulnerabilidades em que são colocados. Transcende-se assim a forma de compreensão das crises apresentadas por eles anormalidades.

> (...) O corpo vivo é, então, este *existente singular* cuja saúde exprime a qualidade dos poderes que o constituem, visto que ele deve viver sob a imposição de tarefas, portanto em relação de exposição com um meio ambiente do qual, em primeiro lugar, ele não tem escolha. O corpo humano

> vivo é o conjunto dos poderes de um existente tendo capacidade de avaliar e de se representar a si mesmo esses poderes, seu exercício e seus limites (CANGUILHEM, 1988, p. 41 – grifos nossos).

FIGURA Nº 10: Modelo de Canguilhem adaptado por Almeida Filho (1999)



FONTE: Almeida Filho (1999).

O autor defende que os objetos conceituais não podem ter fronteiras epistemológicas perfeitamente definidas e, consequentemente, apresentarão uma independência relativa nos sistemas teóricos aos quais pertencer. É o caso do conceito de saúde e de saúde mental:

> Cada conceito tem a sua história: forma-se numa determinada época e vai sendo retificado (e reificado) ao longo do tempo. Em consequência, o conceito não necessariamente se limita ao interior de uma única ciência, mas em geral segue distintas filiações conceituais em ciências diferentes. Além disso, pode nesse percurso ampliar suas relações com saberes não-científicos e com práticas sociais, políticas e ideológicas" (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 119).

Paradoxalmente, foi assim que a psicologia se desenvolveu: estudando as amnésias desenvolveu a psicologia da memória; as afasias elucidaram a psicologia

da linguagem; as debilidades mentais originaram a psicologia da inteligência; e assim em todas as suas áreas de conhecimento.

> O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato. Do ponto de vista do fato há, portanto, uma relação de exclusão entre o normal e o anormal. Esta negação, porém, está subordinada à operação de negação, à correção reclamada pela anormalidade. Não há, portanto, nenhum paradoxo em dizer que o anormal, que logicamente é o segundo, é existencialmente o primeiro (CANGUILHEM, 1966/2002, p. 216).

Pensar em normatividade, no sentido canguilheniano, representa abolir a possibilidade de conceber qualquer noção de equilíbrio.

2.2. MICHEL FOUCAULT

Considerado discípulo de Canguilhem, o brilhante filósofo francês Michel Foucault, que o teve em sua banca de doutoramento quando apresentou sua tese sobre *História da Loucura na Idade Clássica* (1964), ocupou-se das raízes dos saberes e as padronizações de normalidade pela medicina ao longo da história. Começando essa reconstrução no contexto cultural do século XVIII, inferiu que, àquela época, a definição de saúde estava intimamente ligada à capacidade do indivíduo submeter-se ou adaptar-se às normas vigentes, notadamente os poderes disciplinares.

O autor situou a medicina não como ciência biológica ou da vida, mas como ciência do homem, logo, com interligações sociais, políticas e históricas que a pressupõe, denotando a não neutralidade na produção de saberes nos contextos. Inspirado nos estudos foucaultianos, Canguilhem, trinta anos depois da ocasião daquela banca afirmou que ele o ajudou a perceber que havia um poder médico que se impôs historicamente.

O ensino médico que passou a ser hospitalar é considerado por Foucault (1980/2004, p. 68) como reforma da pedagogia médica, “um modo de ensinar e *dizer*, que se tornou maneira de aprender e de *ver*”. As doenças passam a ser textos a serem decifrados por um código classificatório independente do doente: “no hospital o doente é o sujeito de sua doença; o que significa que ele constitui um caso”, cujas leituras

caminharão em uma única direção: de cima para baixo, “do saber constituído para a ignorância” (FOUCAULT, 1980/2004, p. 65)

Na leitura de Martins (1999, p. 95), Foucault, ao abordar a questão da vida, está se referindo a “corpos reais”; não se refere a sua redução objetiva, racionalizada e científica de um organismo, mas as pessoas enquanto “indivíduos relacionais, simbólicos, históricos, sociais e políticos”. Foucault denunciou que a cientificidade pretendida pela medicina objetivou a saúde tornando-se cega pelo ideal progressista e acabou por naturalizar seu objeto, tomando-o de forma reduzida em sua concretude e neutralidade científicos. Martins (idem) considera que a cientificidade da medicina, paradoxalmente, acabou por construir alicerces a-científicos por meio de ideologia com teor de verdade inquestionável. Birman (1991, p. 19 apud MARTINS, 1999, p. 95) assim sintetiza as formulações de Foucault:

> A ênfase é dada no indivíduo, e não no organismo, de maneira que é importante destacar as múltiplas relações das individualidades no espaço social. O fundamental no discurso da medicina não seria o reconhecimento da capacidade inerente ao organismo de produção de normas, mas a imposição ativa de normas sobre as populações, regulada pela medicina. A este processo Foucault denomina normalização.

Nesse sentido, há uma divergência entre Foucault e Canguilhem: este último referência à medicina ao conhecimento do organismo, radicalizando a dialética entre meio interno e meio externo, incluindo este último inclusive o comportamento. “O ser humano é o que sempre foi e será, mas efetivamente cada ser humano só é temporalmente, culturalmente, socialmente, relacionalmente” (MARTINS, 1999, p. 98).

> Realidades são recortes no tempo e no espaço (...) As realidades se recobrem, se cruzam, conforme os recortes que fizermos. Não são definições, são suportes de compreensão; não há fronteiras necessárias, não há classificação de essência ou segundo diferenças específicas (...) Isto não é científico? Discordo. Ou bem a ciência continua a negar o real, substituindo-o por suas reduções (seus duplos), ou terá que passar a considerar suas reduções como suportes de auxílio à compreensão do que só existe em sua singularidade e ipseidade[85] real, relacional e afetiva (MARTINS, 1999, p. 98).

[85] Ipseidade é uma qualidade de *ips*, vocábulo do latim que é relativo a “si mesmo”; a expressão *solus ipse* original o solipsismo que designa a expressão “sozinho consigo mesmo”. Guarda o sentido de algo para além da identidade, algo subjetivo e íntimo, referente a uma posição. A ideia de submissão também é trazida no termo e perfeitamente interligada no texto, no sentido de que o que há de mais inerente ao ser se tece nas relações, nos afetos e nele se presentificam (SUSIN et.al., 2003).

Para Foucault, há uma tensão entre saúde e doença. Seu percurso arqueológico demonstra que a partir da segunda metade do século XIX surgiram padrões de normalidade desenvolvidos pela medicina geral e mental não existentes antes e alavancados pelo desenvolvimento das ciências humanas, especialmente, psicologia e sociologia. As descobertas em torno do indivíduo humano – corpo e mente, não mais exclusivamente seu ambiente físico – motivadas pelo intuito de ajustá-lo a produção como resposta à industrialização, concebiam o homem como uma máquina que poderia ser manipulado, concertado, programado e posto em funcionamento. A medicina mental, a psicologia e as ciências sociais aplicadas, nesse contexto, tinham por tarefa perceber as possibilidades de rendimento do homem, os parâmetros de funcionamento normal no âmbito social e relacional. O conceito de saúde, nessa perspectiva, àquela época, era uma adaptação submissa aos poderes disciplinares nos corpos e nos atos. A palavra norma, segundo Foucault, surgiu no século XVIII, derivada de *nomos* (do grego) e do *norma* (do latim, que significa lei), qualificando a justa medida de algo que não se desvia nem para a direita nem para a esquerda. O termo normal foi popularizado naquela época pelas reformas sanitárias e pedagógicas representando o modelo escolar e a saúde física.

Embora a preocupação com o problema da normalidade seja antiga, foi no movimento da revolução francesa que ele foi retomado para fundar uma nova ordem que tem na burguesia o seu padrão de funcionamento social. Esse novo ordenamento de uma economia capitalista foi assumida na medicina que adotou essa postura normativa. Para alavancar esse modelo, soma-se a acelerada industrialização que afetou o mundo do trabalho se tornou rapidamente complexo, exigindo normas e padrões de comportamento para manter toda a engrenagem em funcionamento, o que se atrelava diretamente a questão do rendimento e produtividade individual e da saúde dos trabalhadores. Se até o final do século XVIII a medicina se preocupava com regras dietéticas, alimentação e regras da vida; no século XIX seu enfoque passou a ser a saúde e qualidades a ela atreladas – vigor, flexibilidade, adaptabilidade – que se perderiam no caso do adoecimento.

Foi mais especificamente no campo da saúde mental que Foucault (1997) colaborou ainda mais com as teorias sobre saúde, doença e normalidade, ao constatar que o conceito de loucura foi tomado como oposição à razão, concepção que perdurou dos séculos XV ao XVIII. A partir do século XIX, essa estrutura binária cedeu a tríade homem, loucura e verdade, substituindo a lógica anterior. O louco agora era o alienado

e não mais o insensato; a loucura era tomada como uma contradição da própria razão que, uma vez existente, ainda que subjacente, favoreceria a perspectiva de cura.

Foucault (1994), discutindo a interface doença mental e psicologia, afirma que a conceituação de doença é delineada em cada cultura que constrói uma imagem e um perfil de acordo com o conjunto das possibilidades antropológicas que negligenciadas ou reprimidas em seu contexto. A ocorrência se dá, portanto, entre essas possibilidades marginais à realidade cultural de um determinado grupo social: “A doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (p. 71). A doença mental é, portanto, uma expressão positiva da sociedade: “Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros, e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas” (p. 74).

2.3. HANS-GEORG GADAMER

Este filósofo alemão é, atualmente, um dos nomes de maior importância no campo da hermenêutica contemporânea integrando este método aos estudos em ciências da vida e da saúde. Em sua obra “O mistério da saúde” defende a ideia radical de que a saúde é algo pessoal, privado e subjetivo que não pode ser reduzido a medidas. Quando as possibilidades de cuidar de si mesmo e manter sua própria saúde se finda, o próprio sujeito percebe-se como enfermo e vai ao médico. Gadamer se apoia na etimologia para defender que a saúde é algo que só pode ser concebido em um todo, de um modo integral.

Se o objetivo da saúde é esquecer que estamos sãos, como fazer da saúde um objeto científico? Quando se trata de saúde, encontra-se respostas no cotidiano da vida dos sujeitos mais que na própria explicação científica; são claros exemplos da desconcertante conduta inábil os quadros psicossomáticos, o uso de técnicas naturalistas produtoras de bem estar, a homeopatia, a indústria farmacêutica etc. Todo ser humano se interessa pela saúde, por isso o autor não redige um texto para se dirigir a médicos, mas a todos que estão ligados ao campo da saúde, os cuidadores (profissionais de saúde) e os que necessitam de cuidados para manter a vida (usuários). Para ele, “a preocupação com a saúde é um fenômeno primordial ao homem” (GADAMER, 1993, p. 9). E conclui:

> O enigma da saúde representa apenas um pequeno recorte de todas as tarefas que temos pela frente. Em todos os domínios, trata-se de estabelecer um equilíbrio entre o poder-fazer e a responsabilidade na vontade e na ação" (GADAMER, 1993, p. 9).

Filósofo contemporâneo, Gadamer (1993) defende a saúde como campo de interesse de profissionais e usuários, como um bem privado, singular e subjetivo, de caráter circular e misterioso (como a vida o é) que não pode ser controlada por forças externas, imensurável e incontrolável. "O enigma da saúde representa (...) estabelecer um equilíbrio entre o poder-fazer e a responsabilidade na vontade e na ação. A preocupação com a própria saúde é um fenômeno primordial do homem" (GADAMER, 1993, p. IX).

> Não é por acaso que todas estas descrições preparatórias se demoram nas experiências que vivemos como doentes. O nosso tema é 'o mistério da saúde'. Mas ainda estamos a foca-lo do lado oposto. Inclusivamente, quando se afirma que se conseguiu dominar uma doença, em definitivo, o qu acontece é que a doença foi separada já da pessoa e passou a ser tratada como um ente próprio com o qual é necessário acabar (...) a saúde está sempre dentro de um horizonte de perturbações e de ameaças. (...) Poderia ainda prosseguir-se na análise de todas estas observações para reconhecer, no caráter recôndito da saúde, o mistério de nossa vitalidade. Tal como a vida é, ele roça também a morte. O médico, encontra especialista, é precisamente quem está confrontado com este duplo aspecto da nossa existência. Por isso, todos os médicos fazem o juramento hipocrático. Mas também se sabe até que ponto pensam sobre a sua consciência o aparelho da nossa civilização, a experiência da morte e os problemas relativos ao prolongamento da agonia (GADAMER, 1993, p. 120, 127).

A distinção saúde e doença, para ele, é meramente pragmática que se apresenta quando a capacidade pessoal de lidar com as exigências da vida de forma autônoma se finda e passa a necessitar ajuda externa. Desse caráter particular, o autor deduz que a saúde não pode ser reduzida a um objeto da ciência, mas seria uma questão filosófica, posição próxima a de Canguilhem, do âmbito do vivido, não conceitual, que surge na relação do sujeito com o médico/profissional de saúde. O encontro clínico teria por missão atribuir um sentido científico e aplicar uma tecnologia para proteger a saúde e a vida.

> Faz sentido perguntar ao paciente se se sente doente. Tem-se a impressão de que na capacidade do grande médico intervêm fatores da sua mais íntima experiência de vida. Não é apenas o progresso científico da medicina clínica ou a introdução de métodos químicos na biologia dos fatores que faz o grande médico. São avanços da investigação que tornam possível ampliar os limites da ajuda médica, perante os quais antes tínhamos de nos deter inermes. A arte de curar, porém, inclui não só o bem-sucedido combate à doença, mas

> também a convalescença e finalmente o cuidado da saúde (GADAMER, 1993, p. 124).

O conceito de saúde pública na posição filosófica de Gadamer também é incorporada como complemento e referida a noções de utilidade, qualidade de vida, felicidade etc., relacionada a questões éticas, não redutíveis ao sanitarismo, epidemiologia, risco, determinantes sociais. Neste sentido, as posições de Gadamer e Canguilhem se opõem, pois, este último considera que essas concepções (de saúde filosófica e saúde pública) não são excludentes e podem ser abordados cientificamente. A saúde corresponde ao mesmo tempo, ao modo de vida e a esfera biológica implicados num mesmo ordenamento: a saúde filosófica (individual) se enraíza em condições originais imutáveis (genotípicas) que se retratam na história de vida do sujeito, em suas relações com o meio ambiente e com as pessoas que constituem esse contexto ecológico; a saúde pública (saúde científica) se opõem a morbidade e as ações necessárias para evitá-la, produto de trocas complexas com o ambiente em que características visíveis e mutáveis (fenotípicas) se apresentam.

> A saúde científica pode enfim assimilar também alguns aspectos da saúde individual, subjetiva, filosófica, e então não apenas a doença e a salubridade (ou, numa terminologia mais atualizada, os riscos) devem ser estudadas pela ciência (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 117).

O conceito de saúde, portanto, tanto em Gadamer como em Canguilhem, paradoxalmente, aponta para uma concepção totalizante, no sentido mais radical da etimologia (do vocabulário germânico, *ganzheit*; traz a ideia de integral ou total). É necessário, portanto, superar a autonomia biológico/social e tomar a saúde na lógica científica do objeto-sujeito dialeticamente em relação. “A saúde não é apenas um sentir-se, mas estar-aí, estar-no-mundo, é um estar-com-os-outros, um sentir-se satisfeito com os afazeres da vida e manter-se ativo neles” (GADAMER, 1993, p. 128).

Elementos da hermenêutica crítica contemporânea essenciais ao estudo do objeto cientifico saúde foram descritos por Almeida Filho (1999, p. 118), inspirado em Samaja (1994):

> (1) Normatividade: O objeto de estudo cientifico ‘saúde’ não corresponde a uma norma, mas é normativo por existir e consistir entre hierarquias de sistemas dinâmicos nos planos da realidade e dos ideais em torno do que

essa realidade deveria ser, nos níveis sociais e biológicos, que compõem o universo humano e suas formas peculiares de viver e morrer.

(2) Dramaticidade:vO objeto de estudo cientifico ‘saúde’ é dramático porque é recursivo por existir e consistir em processo iterativos que reproduzem ou transformam realidade. É também conflitivo posto que todo grau de autonomia coloca em xeque uma hierarquia, tornando as interfaces que interagem em uma condição de vulnerabilidade.

(3) Reflexividade: O objeto de estudo cientifico ‘saúde’ é também reflexivo por existir e consistir no âmbito do vivido e dos sentidos veiculados no campo das práticas e atividades essencialmente humanas.

(4) Historicidade: O objeto de estudo cientifico ‘saúde’ é também histórico porque existe e consiste na dialética de processos estruturais e estruturantes (ontológicos, sociais e genéticos).

A saúde é, portanto, um valor social, de natureza complexa, plural e multideterminada, polimorfa, resultante do ponto de vista epistemológico, das construções de conhecimento sobre a dialética entre o normal e o patológico que se evidencia no cotidiano das práticas de saúde por profissionais e usuários. “O campo interdisciplinar das ciências da saúde estrutura-se sobre produções cognitivas dos distintos objetos subordinados, revelando diferentes planos de emergência e interfaces hierárquicos” (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 118).

Almeida Filho (2011) e Scliar (2007) encontram na postulação de Gadamer um caminho para uma abordagem do conceito de saúde de forma ampla, envolvendo a saúde filosófica na qual a saúde individual estaria incluída, ou seja, uma saúde que só se apresenta na prática, não conceitual, portanto, e sobre a qual o saber clínico teria a missão de proteger. Mas, ao considerarem as considerações de Canguilhem de não concordar com a exclusão da saúde do campo de conhecimento científico, os autores concordam que o conceito é amplo e aspectos individuais e sociais, portanto, a saúde filosófica e encontra seu complemento da saúde pública onde pode ser reconhecida e pública.

> Que é na realidade ‘tratar’? E uma vez mais a linguagem corrente vai além da situação médica. Tratamo-nos entre nós, apesar de não sermos médicos – umas vezes bem, outras mal. Que fazemos na realidade? Em que consiste tratar? Pelos vistos a questão consiste em tratar ‘corretamente’ alguém. Significa isto cumprir uma norma ou seguir uma regra? Penso que consiste antes em falar ao outro de bom modo, em não forçar, não o incomodar com algo, não o obrigar a aceitar algo, por exemplo, uma medida ou uma

> prescrição. Quer se trate da forçosa ampliação das normas dos aparelhos de medição modernos, do despotismo educativo, de um funcionário escolar ou da fúria autoritária de um professor ou de um pai, qualquer destas situações significa desconhecer o outro no seu ser-diferente. Só então se poderá orientá-lo um pouco para que se saiba encontrar o seu próprio caminho. O tratamento implica também conceder liberdade de decisão e não apenas formular prescrições ou passar receitas (GADAMER, 1993, p. 125).

Para transformar a medicina em uma ciência, todo um esforço por conferir-lhe solidez foi realizado, tendo como efeito colateral a perda da noção de totalidade que só encontrou condições de possibilidade de retornar a cena científica da saúde mais recentemente.

> Teve, primeiro, de se impor de tal modo, na medicina, o pensamento metódico da ciência matemático-experimental que daí surgiu a perplexidade em pleno labirinto das especialidades e a perda da orientação para a totalidade. Todos nos encontramos sob o impulso da nossa própria auto certeza e certificação metódica, ligada à cientificidade e à objetividade. Não se trata agora de virarmos as costas a essa lei. Espero que, encontrando-nos aqui reunidos, todos lidamos com uma tarefa que abarca sob o mote da 'totalidade' quem quer que leve a sério a ciência. Este lema é válido para qualquer médico, para qualquer paciente e, mais ainda, para todos os que não desejam ser pacientes – quer dizer, para nós. Lamentavelmente, é preciso reconhecer que o avanço da ciência foi acompanhado pelo retrocesso no cuidado geral da saúde e na prevenção das doenças (GADAMER, 1993, p. 121-2).

2.4. CHRISTOPHER DEJOURS

Concomitantemente a estes autores, o trabalho deste autor de é de grande relevância ao conceito de saúde e saúde mental. Para as pretensões do presente estudo, apesar de sua amplitude do trabalho deste autor, aqui será explorado um texto originado de um momento que ele dirigiu-se a um público de trabalhadores. Ao ocupar-se do estudo das relações do homem com o trabalho, Dejours (1980) desenvolveu o campo de conhecimento denominado psicodinâmica do trabalho, em um dos seus textos mais conhecidos, *A loucura do trabalho*. Em 1986[86], considerava que a contribuição científica sobre o trabalho se torna limitada se não for inspirada nos trabalhadores, nas questões que concernem ao trabalho, condições e organização. Esse ponto de vista é válido para abordar o tema da saúde, segundo Dejours, porque

[86] Este trabalho foi, originalmente, uma palestra proferida na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e publicada no Brasil pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 14 (54), 1986. O acesso ao presente texto encontra-se referenciado na bibliografia, ao final do trabalho.

“a saúde das pessoas é assunto ligado as próprias pessoas (...) não se pode substituir os atores da saúde por elementos exteriores” (DEJOURS, 1986, p. 7). Procura situar o conceito de saúde como permanente processo vivido pelas pessoas, que se difere de pessoa para pessoa, em nível orgânico e psíquico.

Dejours critica a concepção do perfeito e completo bem-estar, considerada vaga e difusa, cuja imprecisão incorre no risco de uma banalização ou de articulações vazias. Para ele, esse estado é utópico, inexistente, mas que por ser um ideal alimenta a esperança de que possa vir a ser uma realidade. A perspectiva do autor é que a saúde não é um estado a ser mantido, mas a ser conquistado e nutrido para que não se perca.

Para o alargamento do conceito, novas experiências, dados e conhecimentos tem se desenvolvido e colaborado para o esclarecimento do conceito de saúde, na concepção dejouriana, que são:

(1) A fisiologia, que permite a análise do funcionamento do organismo e as regras que lhe asseguram sobreviver e equilibrar-se, já que não é estável nem estático, tem fases, ritmos e atividades diferentes durante o dia, no decorrer dos dias, dos anos, do tempo, que configuram o desenvolvimento humano do nascer, crescer, envelhecer: “O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade” (DEJOURS, 1986, p. 11). Os movimentos, a liberdade destes, as mutações, e não a estabilidade ou a repetição, colaboram para a saúde;

(2) A psicossomática, que demonstrou as irrefutáveis inter-relações entre o corpo e o psíquico. Os conhecimentos desenvolvidos nas últimas décadas têm demonstrado que as doenças não são ocasionais, elas se entrelaçam a momentos precisos, por vezes de crises e mudanças, que afetam conjuntamente os planos psíquicos, afetivos e mentais da vida humana. Existem, no entanto, um certo número limitado de doenças que aniquilam as defesas, como alguns tipos de intoxicação e de doenças parasitárias;

(3) E a psicopatologia do trabalho, que comprovou que a relação do homem com o trabalho pode incorrer em sofrimento. Não trabalhar também pode ser adoecer, por isso, para Dejours (1986), a proposição fundamental é de que trabalho se trata, em que condições (físicas, químicas, biológicas referentes ao meio ambiente do trabalho) e, especialmente, como ele se

organiza (divisão das tarefas – modo operatório, conteúdo das tarefas – e divisão dos homens nessas tarefas, relações humanas). Se pode ser mais fácil identificar micro-organismos nocivos à saúde e presentes no ambiente de trabalho, e lançar mão de meios para extirpa-los, não é tarefa simples localizar pontos da organização que são adoecedores nem a forma de tratamento deles. Esses níveis de organização atuam e afetam o funcionamento mental e corporal, e podem ser de fato, perigosos quando afetam o desejo do trabalhador provocando-lhe sofrimento. Para tender mais a saúde, o trabalho precisa ser flexível e escolhido livremente pelo trabalhador.

Se a vida é pleno movimento o estado de bem-estar total e completo não pode ser um objetivo final, mas o percurso de uma vida que se constrói por meio das experiências. Dejours utiliza o exemplo do modo contemporâneo como os sujeitos (pessoas comuns e profissionais) tem tratado da questão da angústia tentando eliminá-la da vida humana esperando que essa eliminação seja sinal de saúde. Ora, a angústia é um estado inerente a vida e faz parte de processos humanos e, portanto, há pessoas que gozam de saúde em meio a angústias.

> Não se trata de acabar com a angústia, mas de tornar possível a luta contra ela, de tal modo que se a resolva, que se a acalme momentaneamente, para ir em direção a outra angústia. Não é questão de aprisioná-la de uma vez por todas, pois não existem situações assim (DEJOURS, 1986, p. 8).

Buscando definir saúde mental, Dejours (1986, p. 8) afirma que entre as pessoas, cada uma delas “tem sua história, seu passado, suas experiências, sua família. No fundo, toda sua experiência consiste em estabelecer uma espécie de compromisso entre o passado e o presente para tentar escolher o futuro (DEJOURS, 1986, p. 8). E exemplifica:

> Quando se vê um militante [da classe operária] angustiado por problemas de lutas, problemas políticos, de relação de força, seria a solução dizer-lhe que é necessário parar de militar? Compreende-se que isso é o contrário da definição do estado de saúde mental. Aliás, se se dissesse a todos que militam e que estão angustiados porque militam para pararem de militar, não estamos certos de que eles se sentiriam melhor; provavelmente, alguns se sentiriam muito pior. A dificuldade está aí. Cremos que o raciocínio feito no caso do militante é válido para muitas outras profissões. Queremos dizer que há muitas outras atividades, muitas outras profissões – como a dos artistas, por exemplo – nas quais as pessoas estão melhor quando se confrontam com esse tipo de angústia e quando tentam resolvê-las graças à sua atividade, do que quando se colocam ao abrigo de tudo isso (DEJOURS, 1986, p. 8).

Para Dejours, em se tratando da vida e da saúde humana há que se considerar uma série de compromissos estabelecidos entre o passado, o ambiente, a busca por transformá-lo no presente em uma perspectiva futura. Nesse ponto de vista temporal, não será possível encontrar um conforto nas questões referentes a saúde mental, mas, por meio de objetivos e esperança de alcançá-los, movimentar-se para construir um bem-estar provisório e mutante. Dejours (1986) denomina esse estado de realização de desejo.

> A saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico. A saúde é quando ter esperança é permitido. Vê-se que isso faz mudar um pouco as coisas. O que faz as pessoas viverem é, antes de tudo, seu desejo (...) O verdadeiro perigo existe quando não há mais desejo, quando ele não é mais possível. Então, tudo se torna muito incômodo e é aí que as pessoas vão muito mal. Quando o desejo não é mais possível, quando não há mais desejo, temos o que se chama “uma depressão”. (...) quando nos vemos diante de um estado assim durável, em que não há mais desejo, o corpo pode adoecer mais facilmente (DEJOURS, 1986, p. 9).

Dejours apresenta algumas proposições para explicar o que é saúde e contribuir para o desenvolvimento do conceito de saúde: (1) assim como o conceito de saúde de saúde mental não é exterior, a “saúde não é assunto dos outros, não é assunto de uma instância, de uma instituição, não sendo também um assunto do Estado ou dos médicos” (DEJOURS, 1986, p. 10); (2) complementar do primeiro, considera a saúde como uma conquista, um enfrentamento, que depende de cada indivíduo, processo em que cada sujeito tem um papel fundamental a desempenhar na sua obtenção e manutenção. Esse papel necessita aparecer em algum lugar para tornar efetivo o conceito da OMS que, para o autor, coloca as pessoas em um plano passivo e dependente de ações governamentais apenas. Esse lugar do sujeito não elimina a saúde como direito, ao contrário, ressalta a necessidade de integrar ações das quais os sujeitos envolvidos são protagonistas; (3) não é um estado de estabilidade, mas é um movimento que impulsiona o sujeito para agir, interagir, em favor de alcança-la provisoriamente. O dinamismo é inerente a saúde humana; (4) requer uma sucessão de compromissos com a realidade para não se tornar uma ilusão, e consequentemente, uma frustração. “São compromissos que se assumem com a realidade, e que se mudam, se reconquistam, se re-defendem, que se perdem e que se ganham. Isso é a saúde!” (DEJOURS, 1986, p. 10). Essas realidades não são unívocas, mas plurais: dizem respeito ao ambiente material (física, química,

biológica); à vida mental, psíquica e relacional que envolvem afetos; à vida social, que encontra no trabalho um lugar privilegiado.

Em resumo, Dejours (1986, p. 10) conceitua saúde como algo “para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”. Esses meios – físicos, psíquicos e sociais – envolvem o direito de tê-los, a liberdade para desejá-los, encontrar os meios para obtê-los, respeitar o tempo de lidar com eles para desfrutá-los. Nisso, portanto, reside a saúde.

2.5. LEAVELL E CLARK: HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA (HND)

Almeida Filho (2011, p. 27) considera que a discussão sobre o conceito de saúde deve incluir e considerar as diversas facetas que o compõe. Ele elenca cinco delas que estão resumidas abaixo:

(1) Saúde como fenômeno: fato, atributo, estado vital, situação social.
(2) Saúde como metáfora: construção cultural, produção simbólica ou reprodução ideológica, estruturante da visão de mundo das sociedades.
(3) Saúde como medida: avaliação do estado de saúde, indicador demográfico e epidemiológico, análogo de risco.
(4) Saúde como valor: transformado indevidamente como bem de consumo ou como direito social, serviço público ou bem comum.
(5) Saúde práxis: conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas.

Enquanto fenômeno humano, a saúde pode ser entendida por um viés de positividade (desempenho, capacidade, funcionalidade, percepção), ou negatividade (como ausência de doença). A modalidade positiva abarca tanto o plano existencial quanto o conceitual nos níveis individuais, subjetivos, clínicos, sociais, culturais, populacionais. No âmbito coletivo, a saúde tem sido conceituada como “estado, situação ou condição atribuída a grupos ou populações humanas, em espaços geográficos ou politicamente definidos, ecologicamente estruturados e socialmente determinados” (ALMEIDA FILHO, 2011, P. 29).

São ideias presentes na abordagem positiva do conceito de saúde, segundo Almeida Filho (2011, p. 30):

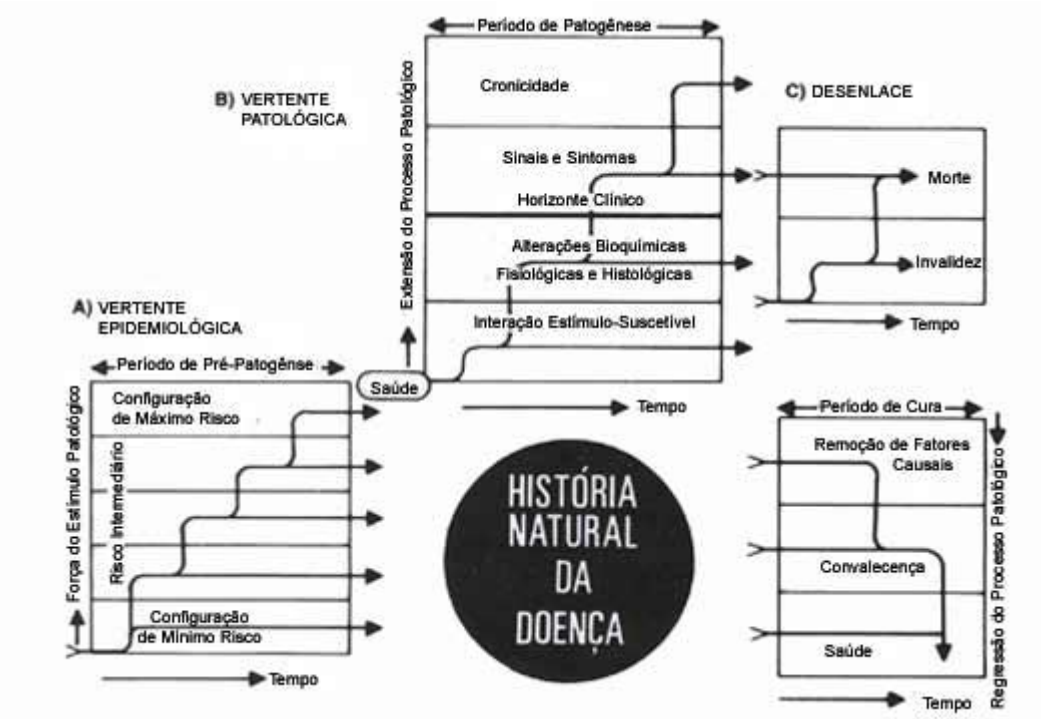
(1) Padrão normal de adaptação bioecológica;
(2) Manutenção ou reestabelecimento de um equilíbrio dinâmico do organismo ao ambiente;
(3) Controle de agentes, estímulos ou interferência de processos patológicos, bem como sua neutralização;
(4) Condição resultante de interferências corretivas de lesões, falhas ou déficits.

Hipócrates considerava a saúde como perfeito equilíbrio entre ambientes e humores em contato com os quatro elementos naturais correspondentes – ar, agua, terra, fogo. As concepções hipocráticas tiveram ressonância nas concepções de Galeno e grande influência entre os asiáticos: a saúde seria resultante da harmonia das forças vitais. No século XIX, essa forma de pensar ganhou força com as concepções científicas de Claude Bernard e as noções de autorregulação do organismo, homeostase e equilíbrio biomolecular. A essa hipótese, agrega-se a ideia de Charles Darwin e suas teorias da evolução biológica das espécies que pressupõem a adaptação dos organismos a novas realidades. Baseado nestas concepções, surge a concepção do modelo dinâmico da patologia: diante de estados de excesso ou de falta, estratégias diagnosticas e terapêuticas de reequilibração são acionadas, por exemplo, nos casos de hiperglicemia ou hipoglicemia.

Críticas ao conceito de saúde associado a noção de equilíbrio tem possibilitado o pensar sobre saúde e doença como processo. Um modelo processual surgiu contrariando alguns pressupostos das ciências biomédicas tradicionais denominado como História Natural da Doença (HND) que tem como característica principal a possibilidade de prevenção de problemas de saúde e controle de doenças. Define-se como “conjunto de processos interativos que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte” (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 7). Este modelo representado na Figura Nº 11, apresenta os meios excludentes: o meio externo (referente ao meio ambiente em que atuam e interagem agentes e determinantes em etapas ou períodos), e meio interno (onde a doença se desenvolve e que envolve múltiplos determinantes – genéticos, ausência

ou insuficiência de defesas, alterações pregressas, entre outros, bem como as modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas).

FIGURA Nº 11: Modelo da História Natural das Doenças (HND)



FONTE: Leavell e Clark, 1976, p. 18

A medicina preventiva tem como princípio que o processo saúde doença é dinâmico, porta uma multicausalidade e seus efeitos devem ser alvo da atenção da epidemiologia para investigar e agir sobre o agente em sua interação com o hospedeiro, na clareza de que normalidade e a saúde são conceitos relativos. Desenvolve ações nos níveis da promoção da saúde, tratamento e reabilitação. Como consequência dessas postulações, alguns princípios devem ser observados, segundo Leavell & Clark (1976, p. xvii-xix):

(1) As doenças em seu processo evolutivo podem ser interrompidas;

(2) As doenças envolvem uma interação entre agente, hospedeiro e ambiente. A partir da compreensão deste processo, ações de prevenção podem ser efetuadas.

(3) O treinamento profissional é essencial para se identificar precocemente o desenvolvimento de doenças.

(4) As pessoas que não apresentam sintomas também devem ser alvos de atenção e cuidados para evitar a aquisição de doenças e, consequentemente, agravos, morbidades e mortalidade.

(5) Mediante as limitações impostas pelas condições dos serviços de saúde e da precariedade em que vivem algumas populações, o profissional deve atuar para a promoção da saúde e o bem-estar de um maior número de pessoas quanto possível.

(6) A família deve ser compreendida como unidade social básica e alvo das intervenções profissionais na prevenção de doenças.

(7) Educação em saúde e estímulo ao autocuidado são duas premissas fundamentais do atendimento na perspectiva da medicina preventiva.

(8) Partindo do pressuposto que saúde é mais que a mera ausência de sintomas de doenças, os estilos de vida das pessoas devem ser investigados.

(9) A melhor forma de exercer a profissão é pela prevenção: “o tratamento é em si mesmo preventivo e que se podem obter melhores resultados se os conhecimentos disponíveis forem aplicados precocemente.

(10) O campo da saúde em geral é complexo, composto por inúmeros cidadãos, envolve múltiplas qualificações profissionais, equipamentos dispendiosos, problemas sociais e econômicos. “A participação inteligente das pessoas envolvidas é fundamental para o sucesso das realizações no campo da saúde”.

A evolução do processo patológico ocorre no período pré-patogênese (considerado como etapa anterior em que ocorrem a interação dos processos relativos ao meio ambiente e aos processos relacionados a condições intrínsecas ao organismo, que podem favorecer ou não a evolução para o próximo período); patogênese (quando os processos patológicos se encontram ativos e que pode apresentar como desfechos possíveis a sequela (permanente), o agravo (temporário), a morte ou a cura).

Esse modelo permite pensar que a patologia será o resultado da interação dos múltiplos determinantes, seja pelos seus aspectos quantitativos (relacionados a diversidade de fatores) ou qualitativos (magnitude de cada um desses determinantes ou do conjunto dessas forças), associados a probabilidade de risco maior ou menor. Os determinantes podem ser ecológicos (ambientais, sociais, econômicos, políticos,

relacionais, laborais, biológicos – agentes externos ao organismo) ou genéticos (referentes ao próprio organismo com uma divisão subjacente, no caso, da epigenética).

Alguns determinantes de saúde atuam sobre o psiquismo humano. Almeida Filho (2011) considera que tais fatores, seja por presença ou ausência,

> São capazes de produzir estímulos patogênicos, assim como podem aumentar a resistência dos sujeitos, constituindo-se em fatores de proteção à saúde. A ação desses fatores se exerce diretamente sobre o aparelho psíquico, por meio de relações intersubjetivas, desencadeando alterações mentais, ou indiretamente sobre o organismo, provocando transtornos psicossomáticos. Além disso, determinantes psicossociais atuando como estressores, podem comprometer o sistema imunológico aumentando a suscetibilidade a doenças orgânicas (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 49).

Situações adversas que envolvem competitividade, agressividade, acúmulo de responsabilidades, eventos estressantes recorrentes, isolamento social, uso abusivo de álcool e outras drogas, autoadministração de medicamentos psicotrópicos, associação de substâncias que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) também são considerados determinantes que podem fazer surgir desordens ou desestruturações psíquicas.

O modelo HND colaborou para o desenvolvimento de modelos de saúde que necessitam abarcar muito mais do que a causalidade das doenças, atingindo determinantes fundamentais que interferem diretamente nos estados de saúde e envolvem diferentes níveis como promoção, proteção, manutenção, e recuperação no âmbito individual e coletivo.

Apesar desses avanços, ainda é necessário lidar com alguns desafios a conceituação de saúde. Na perspectiva de Almeida Filho (2011), há pelo menos dois pontos essenciais a serem enfrentados: primeiro, a causalidade das doenças não é o único determinante da saúde; segundo, os modelos, pelo seu caráter heurístico, não podem se reduzir a realidade concreta nem mesmo reproduzi-las parcialmente. Para este autor, ficaria mais adequado denominar o modelo de “história social da doença”.

> Objetos de conhecimento e de intervenção como saúde e enfermidade não constituem entes tangíveis portadores de ontologia própria; expectativas de equilíbrio e ordem não são princípios reguladores de um mundo incerto e caótico; *a ‘história natural das doenças’ pode ser histórica, mas de maneira alguma é natural* (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 52 – grifos nossos).

ANEXO 1

DESCRIÇÃO CRONOLÓGICA DE MARCOS HISTÓRICOS (POLÍTICOS, EDUCACIONAIS, CIENTÍFICOS, TECNOLÓGICOS, CONTEXTUAIS) RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

1808 – 2016

ANO	EVENTO
1808	Criação da I Escola de Medicina do Brasil, na Bahia
1809	Criação do Curso de Anatomia e cirurgia no Rio de Janeiro (transformado em Academia em 1813)
1816	Invenção do Estetoscópio
1829	Criação da primeira associação profissional, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (passou a chamar-se Academia Imperial de Medicina em 1835, e depois Academia Nacional de Medicina, em 1885)
1842	Relatório do Visconde de Saboia (primeiro documento oficial de referência para a formação em medicina elaborado a partir das visitas realizadas nas escolas europeias)
1852	Surgimento da termoterapia
1854	Primeiro registro histórico de capacitação de professores (escolas primárias)
1859	Publicação do livro de Charles Darwin, *A origem das espécies*, que deu início a uma nova concepção sobre a vida dos seres vivos, a abordagem evolucionista e da seleção natural
1860	Descobertas de micro-organismos por Louis Pasteur (originou as noções de assepsia e prevenção de doenças, ao propor a descontaminação ou sua evitação)
1870	Desenvolvimento da bacteriologia
1880	Tribunas da Glória (conferências populares em que os professores expuseram a precariedade do ensino médico no Brasil)
1881	Criação do curso prático de medicina com cadeiras clínicas
1884	Criação do estatuto das faculdades com participação dos professores
1885	Criação da cadeira de medicina legal Descoberta da vacina contra a raiva, por Pasteur
1886	Criação do primeiro aparelho para medir a pressão arterial
1887	Criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia Epidemia de varíola no Rio de Janeiro.
1889	Proclamação da República Brasileira Abolição da escravatura no Brasil
1891	Descentralização do ensino, dualidade do sistema; reformulação das faculdades
1895	Invenção do Raio X
1896	Descoberta da termodinâmica
1897	Criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre
1900	Descrição do sistema sanguíneo ABO

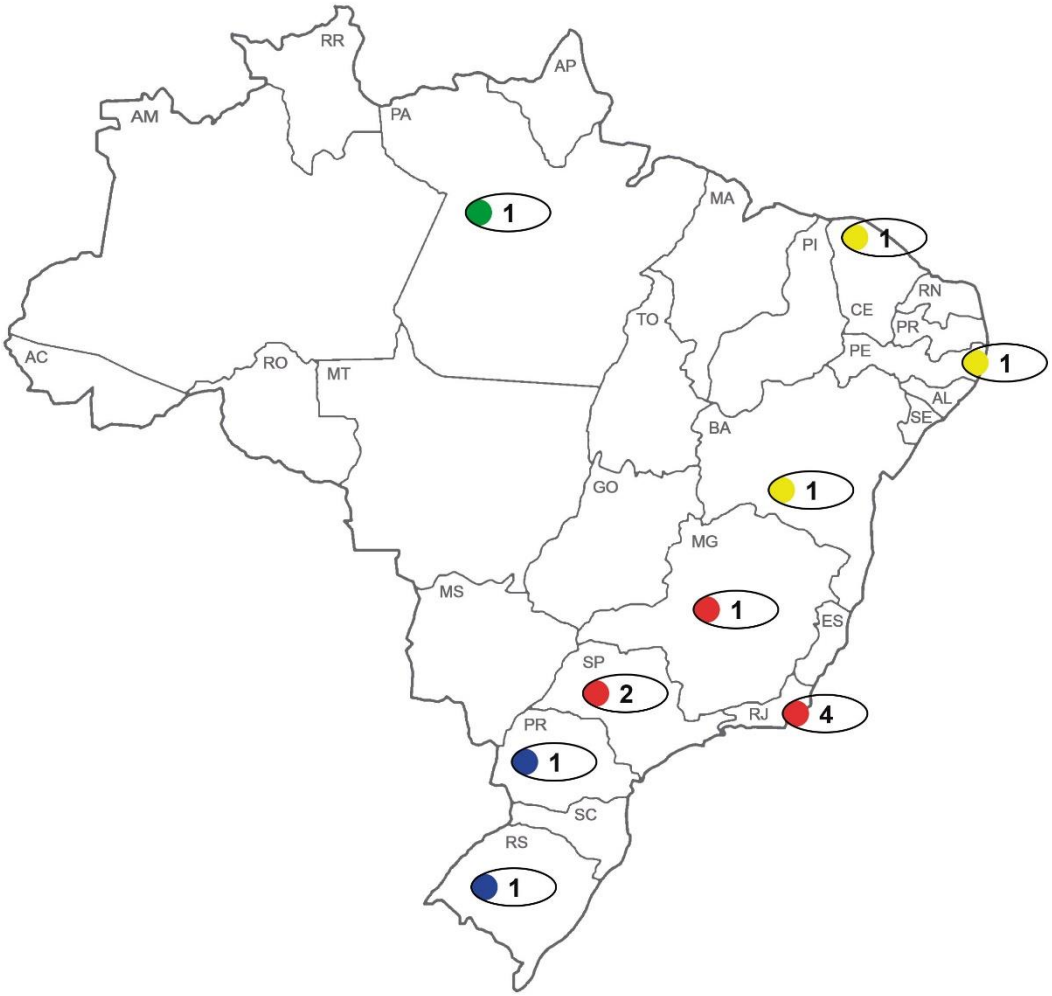
1904	Revolta da vacina
1905	Desenvolvimento do teste de inteligência Binet-Simon
	Criação da Escola de Medição de Inteligência na França
1909	Criação do Instituto Oswaldo Cruz, responsável pelas pesquisas sobre vacinas e controle de epidemias
1910	Investigação de Flexner nas EMs nos EUA (originou o Relatório Flexner)
1912	Criação da Faculdade de Medicina do Paraná
1913	Criação da Faculdade de Medicina de São Paulo (USP), primeira no país com vinculação jurídico administrativa estadual
1914	Início da Primeira Grande Guerra Mundial (perdurou até 1918)
1915	Decreto 11.530/1915 – equiparação dos estabelecimentos de ensino públicos e privados
	Lei Carlos Maximiliano – novos rumos para a organização do ensino médico
	Surgimento de numerosos casos de Influenza
	Surto de gripe espanhola
1917	Revolução da Rússia
	Greve geral dos trabalhadores
1918	110 anos depois do seu surgimento, a Universidade do Brasil se transforma na Universidade Federal do Rio de janeiro, agora com instalações próprias na Praia Vermelha
	Criação da Faculdade Federal de Medicina de Minas Gerais
	Descoberta do primeiro antibiótico por Alexander Fleming, a penicilina
1919	Criação da Faculdade de Medicina do Pará (8ª do país e 1ª da região Norte)
1920	Crise econômica mundial
	Marco histórico: década de profundas mudanças educacionais; conferências nacionais
1921	Surgimento da vacina para tuberculose, BCG
1924	Criação da Associação Brasileira de Educação
1925	Reforma educacional Roch Vaz (reformulação do ensino secundário e superior)
1926	Criação da Faculdade Federal de Niterói
1927	Criação do Sindicato Brasileiros dos Médicos
1929	Grande depressão econômica mundial
1930	Revolução de 1930
	Evolução da educação médica no Brasil: início de interfaces entre aparelho formador, organização do trabalho médico, profissão e sistema de saúde
1931	Reforma Francisco campos: criou o estatuto das universidades brasileiras
1933	Criação da Sociedade Civil Escola Paulista de Medicina (gerida pelos professores)
1935	Surgimento de antibióticos (Sulfonamida)
1936	Criação da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro (atualmente UERJ)
1937	Promulgação da Lei 378 (Instituiu a Confederação Nacional de Educação e a Confederação Nacional de Saúde)
1939	Início da Segunda Grande Guerra Mundial (perdurou até 1945)
1941	I Conferência Nacional de Saúde
1944	Surgimento da diálise Renal
1946	Uso de curare na anestesia geral
1947	Surgimento do acelerador linear que possibilitou o desenvolvimento da radioterapia
1948	Surgimento das lentes intraoculares que permitiram as cirurgias de cataratas
	Criação da ONU / Criação da OMS / Redefinição do conceito de saúde

	Promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos
	Campanha Nacional de saúde
	Erradicação da malária
	Conclusão da construção do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), Rio de Janeiro
1950	Surgimento do tratamento tríplice para tuberculose
	Associação do cigarro ao câncer de pulmão
	Surgimento do ensino médico privado
	Publicações de Pedagogia Médica (Crescimento do diálogo entre medicina e educação)
	II Conferência Nacional de Saúde
1951	Criação do Hospital das clínicas de Salvador e Porto Alegre
	I Congresso Pan-americano de Educação Médica (Lima/Peru)
	Criação da Associação Médica Brasileira (AMB)
1952	Descoberta e primeiros testes de vacina para poliomielite
	Surgimento do tratamento intensivo devido a epidemia de poliomielite
	Surgimento da chlorprozamina que possibilitou o tratamento da esquizofrenia
	Ribeirão Preto: encontro com discussão sobre educação médica no Brasil
1953	I Conferência Mundial de Educação Médica (Londres), cujo objetivo foi discutir um currículo mínimo
	Descobre-se a dupla espiral do DNA (permitiu o desenvolvimento da engenharia genética)
1954	Desenvolvimento do microscópio para microcirurgias
1955	Realização da primeira cirurgia cardíaca no mundo
1956	Início da ressuscitação pulmonar
	Criação da 24ª Faculdade de Medicina no Brasil, desta vez no Rio Grande do Norte; motivou a AMB a avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil
	Processo de interiorização das EMs: Minas, Rio Grande do Sul, USP de Ribeirão Preto
	Ampliação da oferta de cursos privados: PUC São Paulo, Belo Horizonte, Escola Baiana de Medicina em Salvador/BA
1957	Início do tratamento hemofílico
1959	Surgimento da endoscopia
1960	Surgimento da pílula anticoncepcional
	Movimento pela formação do médico de família (EUA, Canadá)
1961	Desenvolvimento de medicação específica para Doença de Parkinson
	Promulgação da Primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)
1962	Criação da Associação Brasileira das Escolas Médicas, em Minas Gerais. A partir de 1975, passou a denominar-se Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), instalando-se no Rio de Janeiro
1963	Início dos transplantes renais
	III Conferência Nacional de Saúde
1964	Surgimento das cirurgias de ponte de safena, prevenindo derrames cerebrais e doenças coronárias
	Golpe Militar
1965	Criação do Código de Ética Médica pelo CFM; foi alterado em 1984
1966	Criação da Universidade de Brasília, marca a chegada das EMs na Região Centro Oeste
1967	Primeiro transplante cardíaco do mundo
	I Escola Médica Municipal (Taubaté/SP)
	Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR)
	IV Conferência Nacional de Saúde

1968	Reforma universitária impulsionada pelo MEC/USAID (Instituição norte americana que visava a implantação do regime norte americano na educação brasileira) Primeiro transplante cardíaco do Brasil Lei 5.540: Reforma universitária (implantação de uma nova estrutura acadêmica; é conferido a educação o papel de contenção de conflitos; esperança de que a educação superior elimina-se os obstáculos ao crescimento econômico)
1969	Surgimento dos primeiros meios de diagnósticos pré-natal de síndrome de Down
1970	Surgimento das unidades de terapia intensiva neonatal
1971	Surgimento das medicações de cura do câncer na infância Criação da Comissão do Ensino Médico (CEM) Segunda Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
1973	Surgimento do tomógrafo
1975	V Conferência Nacional de Saúde
1977	Regulamentação da Residência Médica no Brasil Criação da Comissão Nacional de Residência Medica (CNRM) VI Conferência Nacional de Saúde
1978	Primeiro bebê de proveta
1979	Surgimento da angioplastia Encontro de 20 EMs do mundo, promovido pela OMS, em Ottawa/Canadá
1980	Marco de início da década da Reforma Sanitária no Brasil VII Conferência Nacional de Saúde
1981	Suspensão da abertura de novos cursos de medicina no Brasil; preocupação com a avaliação dos cursos já existentes Criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Criação do Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP)
1982	I Encontro Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde Inicia-se um processo de preocupação da esfera pública com a atenção primária como porta de entrada de um sistema de referência e contra referência Reorganização da UNE Início do Movimento “Diretas já” Criação da Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES) Surgimento do HIV / AIDS no Brasil e no mundo
1983	Criação do Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU) Criação do Grupo Executivo para reformulação do ensino superior (GERES)
1984	Criação do Primeiro Programa de Controle da AIDS
1985	Ampliação dos espaços democráticos Movimento Nacional de Reforma Sanitária (MNRS)
1986	Surgimento da trombólise para tratar de ataques cardíacos VIII Conferência Nacional de Saúde I Conferência Mundial de Promoção à Saúde (Otawa/Canadá), promovida pela OMS Criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)
1988	Promulgação da Constituição Federal Brasileira II Conferência Mundial de Promoção à Saúde (Adelaide/Austrália), promovida pela OMS
1989	Conferência Mundial de Educação Médica, Otawa/Canadá

1990	Criação da CINAEM
1991	III Conferência Mundial de Promoção à Saúde (Sundswall/Suécia), promovida pela OMS
1992	IX Conferência Nacional de Saúde
	Conferência de Promoção à Saúde da América Latina (Bogotá/Colômbia), promovida pela OMS
1993	NOB 93: criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família
1996	Nova (Terceira) Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
	Criação do "Provão" para avaliação do ensino superior
	NOB 96: Propôs a ampliação do PACS e do PSF
	X Conferência Nacional de Saúde
1997	IV Conferência Mundial de Promoção à Saúde (Jacarta, Indonésia), promovida pela OMS
1998	Surgimento do Viagra para tratamento da impotência
	Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde (Genebra, Suíça)
2000	Criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
	XI Conferência Nacional de Saúde
	V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Cidade do México, México)
2001	Plano Nacional de Educação (determina a criação das Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação
	Publicação das DCNs para os cursos de graduação em medicina
	Criação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)
	Completa-se o Primeiro rascunho do genoma humano
2002	Criação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)
2003	XII Conferência Nacional de Saúde
2005	Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)
2007	XIII Conferência Nacional de Saúde
2010	Criação da primeira célula bacterial sintética
2011	XIV Conferência Nacional de Saúde
2014	Promulgação das Novas DCNs para os Cursos de Graduação em Medicina
	XV Conferência Nacional de Saúde

ANEXO 2
ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS – 1808 a 1949



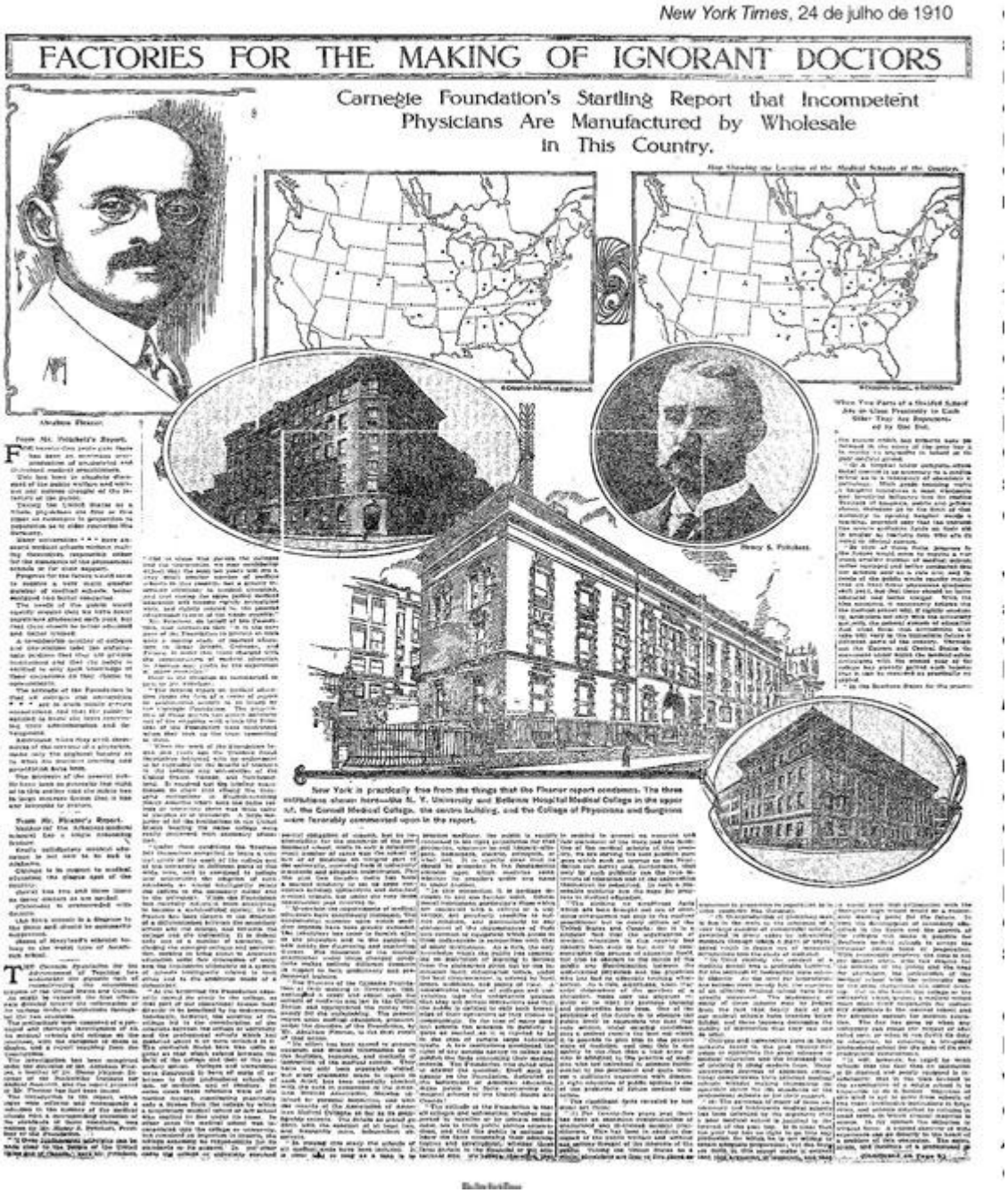
1808 1949		CAPITAL EM PRN.	CAPITAL PUBLICA PUB.	CAPITAL PUBLICA MUN.	CAPITAL PUBLICA EST.	CAPITAL PUBLICA FED.	INTERIOR EM PRN.	INTERIOR PUBLICA- PUB.	INTERIOR PUBLICA- MUN.	INTERIOR PUBLICA- EST.	INTERIOR PUBLICA- FED.
BRASIL	13	13	13		2	11					
N	1		1			1					
NE	3	3	3			3					
CO											
S	2	2	2			2					
SD	7	7	7		2	5					

FONTE: Amaral (2007); MEC / INEP.

ANEXO 3

RELATÓRIO FLEXNER

REPORTAGEM DO NEW YORK TIMES, 1910



New York Times, 24 de julho de 1910

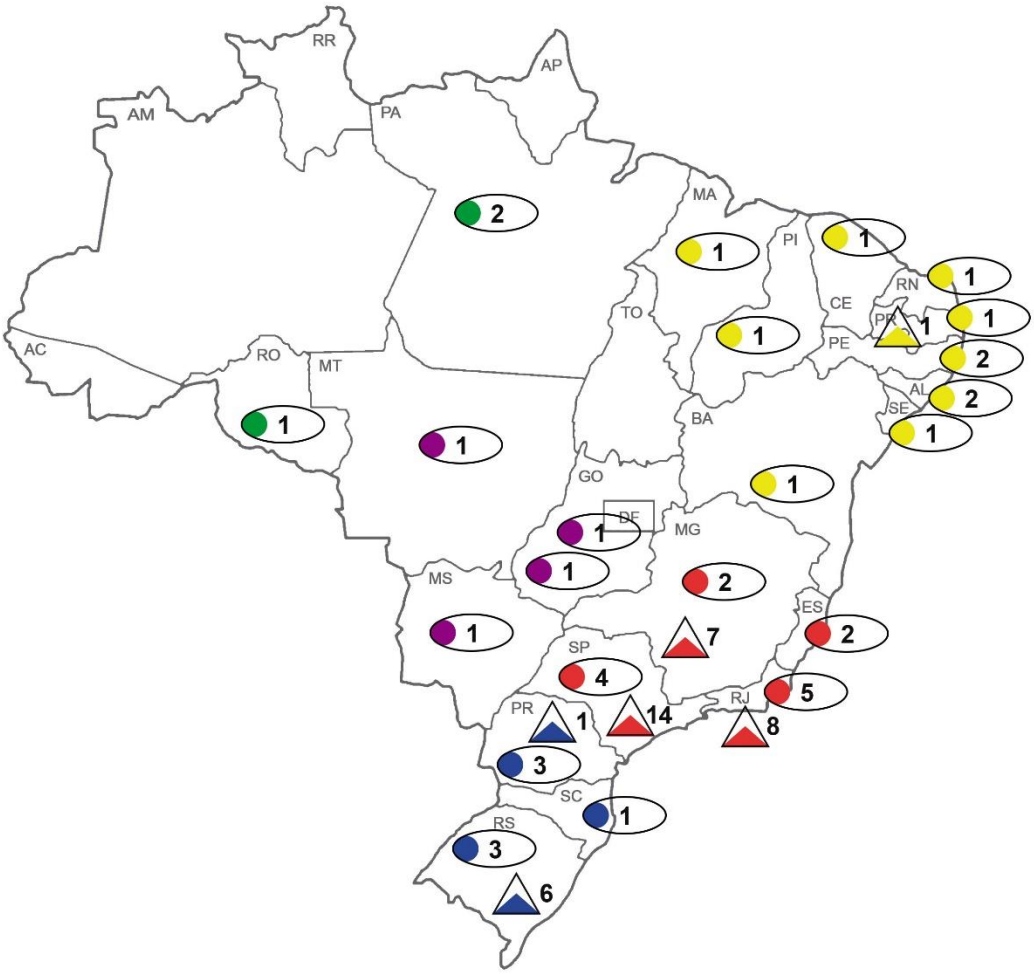
FACTORIES FOR THE MAKING OF IGNORANT DOCTORS

Carnegie Foundation's Startling Report that Incompetent Physicians Are Manufactured by Wholesale in This Country.

FONTE: http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01_maio2010/pdf/Ed01_marco2010_hsitorias.pdf

ANEXO 4

ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS – 1950 a 1980



	1950	1980	CAPITAL EM	CAPITAL PRIV.	CAPITAL PÚBLICA PUB.	CAPITAL PÚBLICA MUN.	CAPITAL PÚBLICA EST.	CAPITAL PÚBLICA FED.	INTERIOR EM	INTERIOR PRIV.	INTERIOR PÚBLICA PUB.	INTERIOR PÚBLICA MUN.	INTERIOR PÚBLICA EST.	INTERIOR PÚBLICA FED.
	BRASIL	76	39	10	29	-	5	24	37	20	17	2	7	8
	N	3	3	-	3	-	1	2		6				
	NE	13	12	1	11	-	2	9						
	CO	4	4	-	4	-	-	4						
	S	14	7	3	4	-	-	4	7	3	4			3
	SD	42	13	6	7	-	2	5	29	17	12	2	6	4

FONTE: Amaral (2007); MEC / INEP

ANEXO 5

LINHA DO TEMPO DAS LEIS DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA

Tabela Nº 05

Fonte: http://portal.mec.gov.br/

Ano	Nº da Lei	Tipo	Característica
1946	Lei 4.244	Educação Básica	Promulgada pelo presidente Eurico Dutra
1961	Lei 4.024	Educação Básica	Configurou-se como um conjunto de metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas em um prazo de oito anos, mas foi reformulada em 1965, 1966 e 1967.
1968	Lei 5.540	Ensino Superior	Fixou normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média
1971	Lei 5.692	Ensino Básico	Torna técnico-profissional todo currículo do segundo grau compulsoriamente.
1996	Lei 9.394	Educação Nacional	Altera os nomes das etapas de ensino (Básico, Fundamental, Médio e Superior); acrescenta um ano a mais ao Fundamental; exige formação superior para contratação de professores,
2001	10.172	Plano Nacional de Educação (2001-2010)	Visava a elevação global do nível de escolaridade da população; melhoria da qualidade do ensino em todos os níveis; redução das desigualdades sociais e regionais (acesso, permanência, desempenho); democratização da gestão do ensino público.
2014	13.005	Plano Nacional de Educação (2014-2024)	Visa erradicação do analfabetismo; universalização do atendimento escolar; superação das desigualdades educacionais, promoção da cidadania, erradicação da discriminação; melhoria da qualidade da educação; formação para o trabalho; entre outros.

ANEXO 6

RELAÇÃO DOS CONGRESSOS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM) POR ANO, LOCAL E TEMA

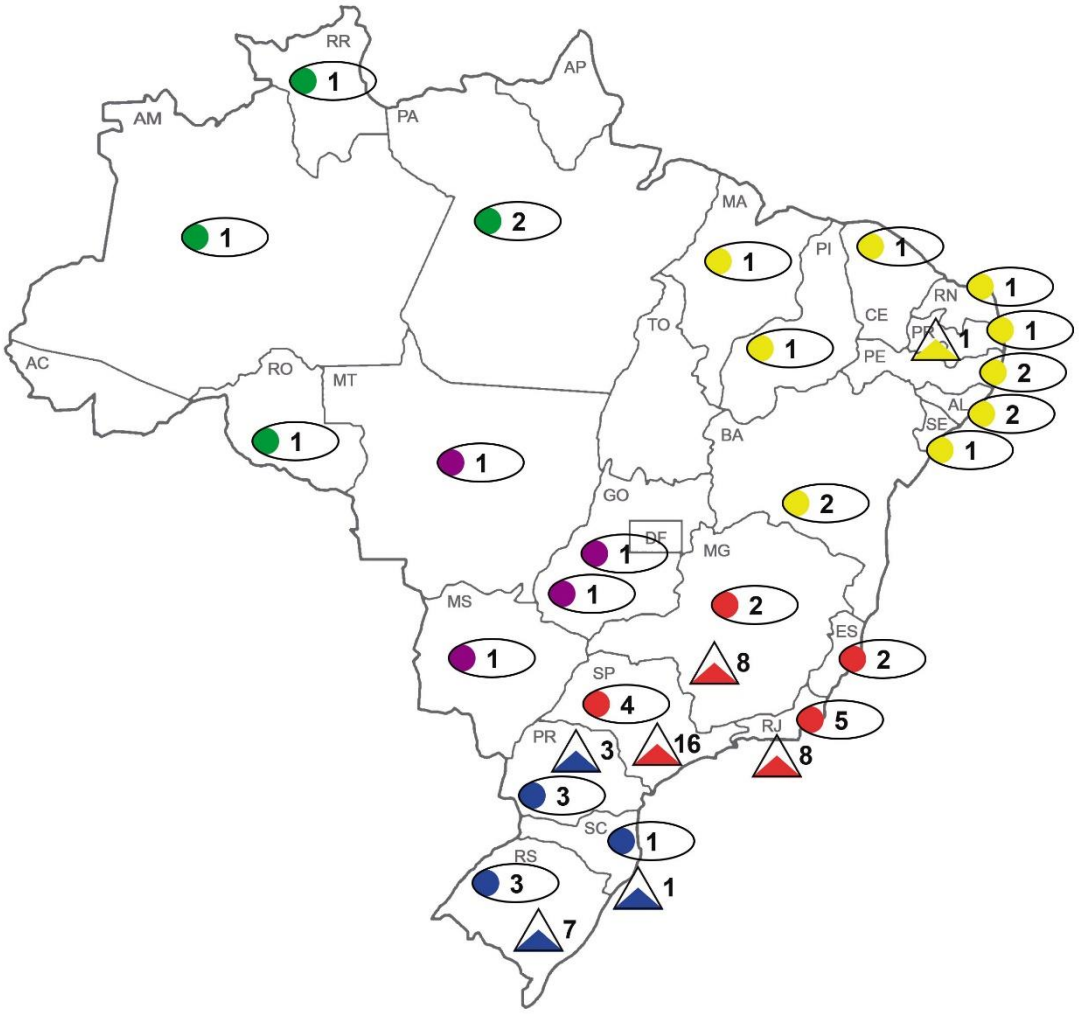
Fonte: http://abem-educmed.org.br/congressos/

Nº	ANO	LOCAL	TEMA
1º COBEM	1963	Recife / PE	Pedagogia Aplicada à Medicina: Internato e Residência.
2 º COBEM	1964	Poços de Caldas / MG	Pedagogia Aplicada à Medicina: Internato e Residência.
3 º COBEM	1965	Porto Alegre / RS	Formação de Pessoal para Médicos: Duração do Curso Médico.
4 º COBEM	1966	Salvador / BA –	O Ensino da Psicologia no Currículo Médico.
5 º COBEM	1967	Campos do Jordão / SP	O Hospital de Ensino e Preparo Pedagógico de Pessoal docente em Medicina.
6 º COBEM	1968	Fortaleza / CE	Integração do Ensino das Ciências Básicas de Saúde e sua Integração Profissional.
7 º COBEM	1969	Niterói / RJ	A Formação do Profissional de Saúde Frente a realidade socioeconômica no Brasil.
8 º COBEM	1970	Brasília / DF	O Planejamento de Ensino Médico.
9 º COBEM	1971	Curitiba / PR	Expansão do Ensino Médico e criação de novas Escolas Médicas no Brasil: Problemas e Soluções.
10 º COBEM	1972	João Pessoa / PA	A Pós-Graduação no Ensino Médico.
11 º COBEM	1973	Rio de Janeiro / RJ	A Pós-Graduação no Ensino Médico
12 º COBEM	1974	São Paulo / SP	Ensino Médico e Previdência Social: Internato.
13 º COBEM	1975	Salvador / BA	Ciclo Básico: comum ou diferenciado, O ambulatório no ensino Médico; Residência Médica: analises e proposições.
14 º COBEM	1976	Rio de Janeiro / RJ	Tendências Atuais em Educação Médica.
15 º COBEM	1977	Belém / PA	Currículo Médico.
16 º COBEM	1978	Londrina / PR	O Médico de Família: Formação ética do Médico.
17 º COBEM	1979	Poços de Caldas / MG	Experiências com novos modelos de Formação Médica; Experiência com integração Docente-Assistencial.

18 º COBEM	1980	Goiânia / GO	Papel da Escola Médica diante do Prev-Saúde e o Médico e o Mercado de Trabalho.
19 º COBEM	1981	Recife / PE	Avaliação do Rendimento Escolar, Internato, Análise Crítica da Pós-Graduação - Custos e Financiamentos dos Hospitais de Ensino.
20 º COBEM	1982	Ribeirão Preto / SP	Qualidade do Ensino Médico.
21 º COBEM	1983	Fortaleza / CE	Integração Ensino-Serviço/Pesquisa.
22 º COBEM	1984	Gramado / RS	Ética Médica.
23 º COBEM	1985	Uberlândia / MG	A Formação de Recursos Humanos e o Sistema Nacional de Saúde.
24 º COBEM	1986	Florianópolis / SC	Integração das Escolas Médicas com o sistema de Atenção à Saúde.
25 º COBEM	1987	Maceió / AL	Uma retrospectiva da Educação Médica.
26 º COBEM	1988	Rio de Janeiro / RJ	Educação Médica nas Américas / Conferência de Edimburgo e Reforma da Educação Médica.
27 º COBEM	1989	Manaus / AM	Reforma da Educação Médica exigida pela Constituição.
28 º COBEM	1990	Cuiabá / MT	Pesquisa, O papel da Educação na graduação-tecnologia na Educação Médica.
29 º COBEM	1991	Campinas / SP	O ensino Público X Ensino Privado; A Avaliação da Universidade; A Avaliação do Ensino.
30 º COBEM	1992	Londrina / PR	Desafios para a Educação Médica.
31 º COBEM	1993	São Luís / MA	A Ética da Educação Médica.
32 º COBEM	1994	Niterói / RJ	Conjuntura Nacional: Desafios à Educação Médica.
33 º COBEM	1995	Porto Alegre / RS	Desafios e Proposta de Transformação do Ensino Médico.
34 º COBEM	1996	Salvador / BA	Transformação e Integração: O Impacto do avanço científico no Ensino das Grandes Especialidades.
35 º COBEM	1997	Uberaba / MG	Competências Profissionais na Graduação Médica.
36 º COBEM	1998	Recife / PE	O Novo Ensino Médico e a Sociedade Brasileira.
37 º COBEM	1999	Brasília / DF	Abrindo Espaços para a transformação da Educação Médica no Brasil.
38 º COBEM	2000	Petrópolis / RJ	Educação Médica, compromisso de quem?
39 º COBEM	2001	Belém / PA	Avaliações no Ensino Médico: Impactos e Desafios.

40 º COBEM	2002	Fortaleza / CE	Mudanças na Educação Médica: Processos e Resultados.
41 º COBEM	2003	Florianópolis / SC	A Formação Médica e Responsabilidade Social.
42 º COBEM	2004	Natal / RN	Avaliação das Mudanças e as Novas Perspectivas.
43 º COBEM	2005	Vitória / ES	Educação Médica: Compromisso Histórico com o SUS.
44 º COBEM	2006	Gramado / RS	Interação da Escola, Serviço e Sociedade.
45 º COBEM	2007	Uberlândia / MG	Educação, Saúde e Sociedade
46 º COBEM	2008	Salvador / BA	200 anos de Ensino Médico no Brasil: de volta para o futuro.
47 º COBEM	2009	Curitiba / PR	O SUS como escola.
48 º COBEM	2010	Goiânia / GO	Uma Escola para o SUS: O lugar da Educação Médica no Sistema de Saúde Brasileiro.
49 º COBEM	2011	Belo Horizonte / MG	Educação Médica: o desafio de integrar, humanizar e avaliar.
50 º COBEM	2012	São Paulo / SP	De que médico a sociedade precisa?
51 º COBEM	2013	Recife / PE	Desafios na Formação Médica: Necessidades Sociais e Avanços Tecnológicos.
52 º COBEM	2014	Joinville / SC	As Escolas Médicas como Transformadoras da Sociedade.
53 º COBEM	2015	Rio de Janeiro / RJ	Educação Médica e Cuidados na Saúde: Uma Rede em Movimento.
54 º COBEM	2016	Brasília / DF	Ensinar e Aprender Medicina: Desafios do Presente e Expectativas do Futuro.

ANEXO 7
ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS – 1981 a 1996

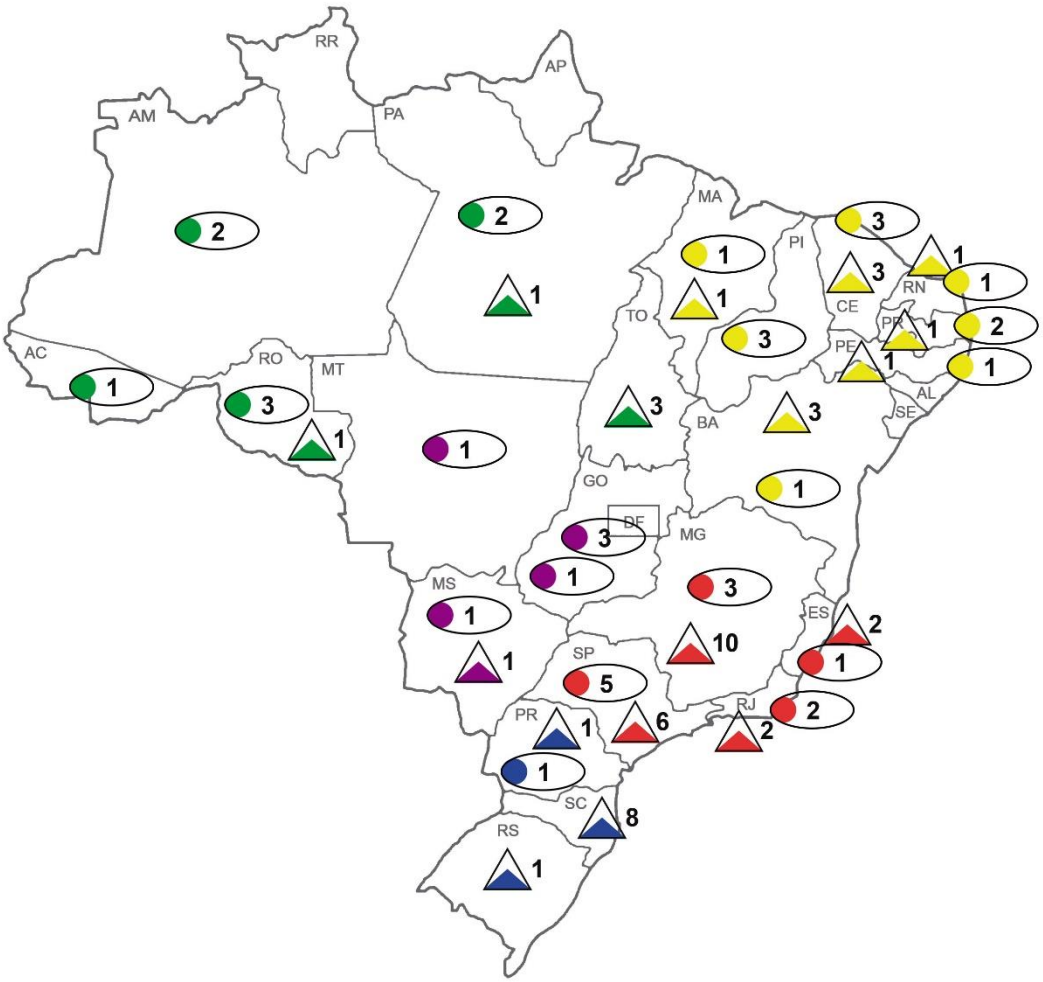


	1981	1996	CAPITAL EM	CAPITAL PRN	CAPITAL PUB.	CAPITAL PUBLICA MUN.	CAPITAL PUBLICA EST.	CAPITAL PUBLICA FED.	INTERIOR EM	INTERIOR PRN	INTERIOR PUB.	INTERIOR PUBLICA MUN.	INTERIOR PUBLICA EST.	INTERIOR PUBLICA FED.
BRASIL		84	40	10	30	-	5	25	44	24	20	3	9	8
N		4	4	-	4	-	▮	3	-	-	-	-	-	-
NE		13	12	▮	1i	-	2	9	▮	-	▮	-	-	▮
CO		4	4	-	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-
S		18	7	3	4	-	-	4	1i	4	7	▮	3	3
SD		44	13	6	8	-	2	5	32	20	12	2	6	4

FONTE: Amaral (2007); MEC / INEP

ANEXO 8

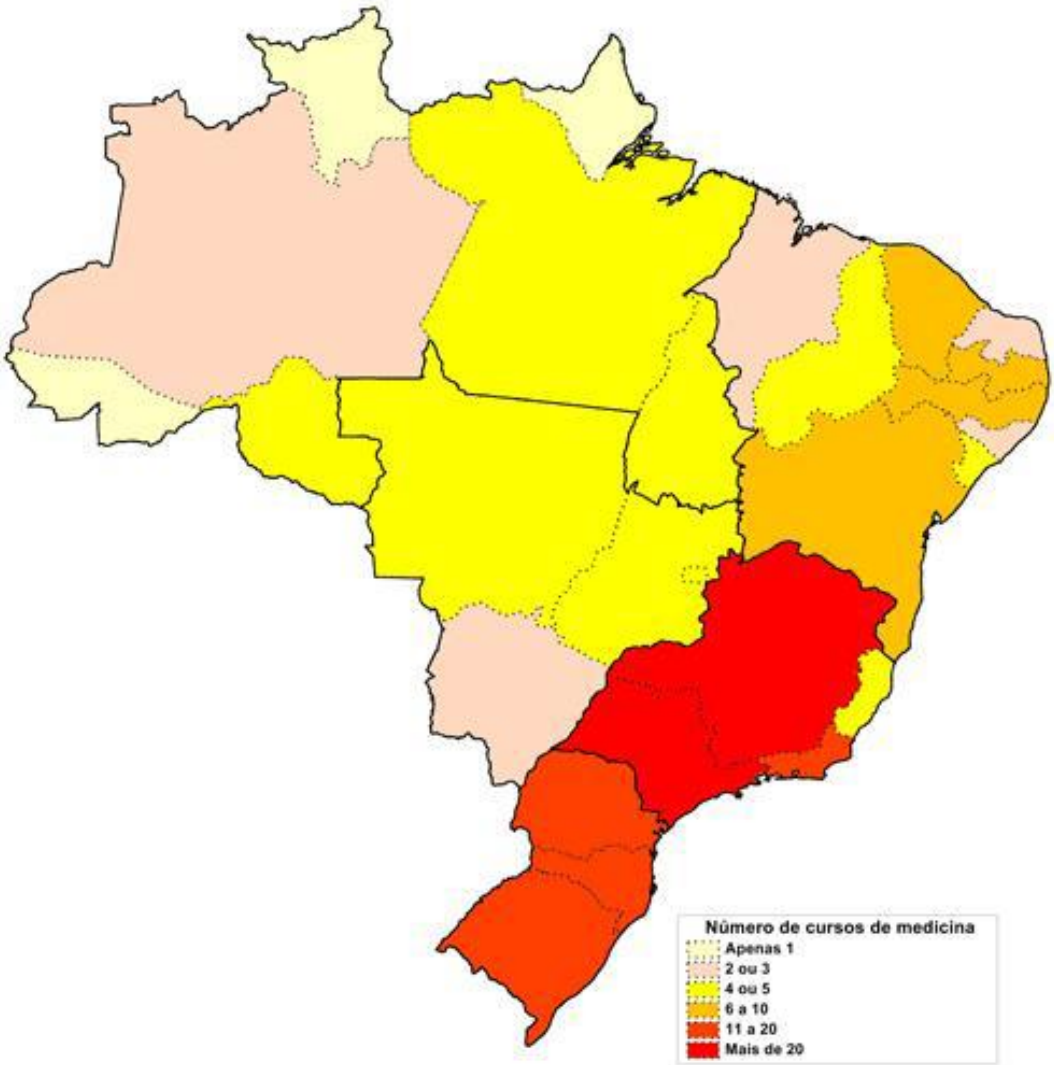
ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS – 1997 a 2007



	1997 a 2007		CAPITAL						INTERIOR					
			EM	PRN	PUBLI				EM	PRN	PUBLICAAE			
					PUB	MUN	EST	FED			PUB	MUNES		D
	BRASIL	83	37	31	6		4	2	46	33	13	▮	6	6
	N	12	7	4	3		▮	2	5	3	2	▮	▮	0
	NE	22	12	10	2		2		10	2	8	-	5	3
	CO	7	6	5	▮		▮		▮	-	▮	-	-	▮
	S	li	▮	▮					10	10	-	-	-	0
	SD	31	li	li					20	18	2	-	-	2

FONTE: Amaral (2007); MEC / INEP

ANEXO 9
NÚMERO DE CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL
ATÉ 2013



FONTE: INEP/MEC, SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2014

ANEXO 10
ESCOLAS MÉDICAS CRIADAS NO BRASIL ENTRE 2008 a 2016

Agosto 2007	Agosto 2016	CAPITAL						INTERIOR					
Brasil	105			Públicas						Públicas			
		EM	PRIV.	PUB	M	E	F	EM	PRIV.	PUB	M	E	F
N		4	2	1	-	-	1	3	-	3	-	2	1
NE		9	7	1	-	1	-	24	8	16	-	3	13
CO		-	-	-	-	-	-	13	4	9	3	1	5
S		1	1	-	-	-	-	13	7	6	-	1	5
SD		3	3	-	-	-	-	37	22	15	5	1	9
		15	13	2	-	1	1	90	41	49	8	8	23

FONTE: http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php

ANEXO 11

RELAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS EXISTENTES NO BRASIL ATÉ 2016, POR DATA DE CRIAÇÃO, INSTITUIÇÃO MANTENEDORA/LOCAL, NÚMERO DE VAGAS E REGIME ADMINISTRATIVO

FONTE: Amaral, 2007; http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php

Nº	Data de Criação	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1 ° Ano	Administração
1	18/02/1808	Universidade Federal da Bahia - UFBA	UFBA	160	Federal
2	05/11/1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	UFRJ	200	Federal
3	01/03/1898	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	UFRGS	140	Federal
4	01/03/1911	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	UFMG	320	Federal
5	01/01/1912	Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR	UFPR	190	Federal
6	10/04/1912	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/RJ - UNIRIO	UNIRIO	160	Federal
7	07/12/1912	Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP	FMSP-USP	175	Estadual
8	03/01/1919	Universidade Federal do Pará - UFPA	UFPA	150	Federal
9	04/05/1920	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	UFPE	140	Federal
10	01/01/1929	Universidade Federal Fluminense - Niterói/ RJ - UFF	UFF	160	Federal
11	01/06/1933	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	UNIFESP	121	Federal
12	04/06/1935	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	UERJ	94	Estadual
13	15/04/1948	Universidade Federal do Ceará - UFC	UFC	160	Federal
14	28/02/1950	Universidade de Pernambuco-/Recife - UPE	UPE	150	Estadual
15	14/04/1950	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Campus Sorocaba- PUC-SP	PUCSP-Sorocaba	130	Privada
16	15/01/1951	Universidade Federal de Alagoas - UFAL	UFAL	80	Federal
17	30/01/1951	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais- FELUMA - FCMMG –	FCMMG	100	Privada

18	05/12/1951	Universidade Federal da Paraíba - J. Pessoa - UFPB	UFPB	145 (Port.	Federal
19	17/04/1952	Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto - USP-RP	FMRP-USP	100	Estadual
20	26/12/1952	Universidade Federal de Juiz de Fora/MG - UFJF	UFJF	180	Federal
21	07/04/1953	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador- EBMSP	EBMSP	300	Privada
22	24/03/1954	Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - UFTM	UFTM	80	Federal
23	30/04/1954	Universidade Federal de Santa Maria - RS - UFSM	UFSM	120	Federal
24	27/09/1955	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	UFRN	100	Federal
25	04/01/1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - PUCPR	PUCPR	180	Privada
26	05/07/1958	Universidade Federal do Maranhão - São Luis - UFMA	UFMA	100	Federal
27	25/11/1958	Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	UNICAMP	110	Estadual
28	27/04/1960	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	UFSC	100	Federal
29	11/06/1960	Universidade Federal de Goiás - UFG	UFG	110	Federal
30	01/01/1961	Universidade Federal do Espírito Santo- UFES	UFES	80	Federal
31	11/01/1961	Universidade Federal de Sergipe - UFS	UFS	100	Federal
32	28/01/1961	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS - UFCSPA	UFCSPA	100	Federal
33	28/04/1961	Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	UNAERP	150	Privada
34	01/03/1962	Universidade de Brasília - DF - UNB	UnB	76	Federal
35	22/07/1962	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu/SP - UNESP	UNESP	90	Estadual
36	15/12/1962	Universidade Católica de Pelotas-RS - UCPEL	UCPEL	100	Privada
37	03/04/1963	Universidade Federal de Pelotas - UFPel	UFPel	98	Federal
38	20/11/1965	Universidade Federal do Amazonas -UFAM	UFAM	112	Federal
39	21/12/1965	Universidade Estadual de Londrina - PR - UEL	UEL	80	Estadual
40	19/01/1966	Faculdade de Medicina de Marília-SP - FAMEMA	FAMEMA	80	Estadual

41	11/08/1966	Universidade Federal do Piauí - UFPI	UFPI	120	Federal
42	30/01/1967	Universidade de Taubaté - UNITAU	UNITAU	80	Municipal
43	20/04/1967	Universidade Federal do Rio Grande/RS - FURG	FURG	100	Federal
44	21/07/1967	Centro Universitário Lusíada- Santos - UNILUS	UNILUS	100	Privada
45	18/08/1967	Faculdade de Medicina de Petrópolis - Fundação Otacílio Gualberto - FMP	FMP	150	Privada
46	18/09/1967	Faculdade de Medicina de Campos - RJ - FMC	FMC	126	Privada
47	13/11/1967	Universidade de Caxias do Sul/RS - UCS	UCS	100	Privada
48	27/12/1967	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Campo Grande - UFMS	UFMS	80	Federal
49	04/01/1968	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/SP - FCMSCSP	FCMSCSP	120	Privada
50	17/01/1968	Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	UMC	90	Privada
51	14/02/1968	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto -SP - FAMERP	FAMERP	80	Estadual
52	14/02/1968	Universidade Federal de Uberlândia - MG - UFU	UFU	120	Federal
53	04/03/1968	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	EMESCAM	140	Privada
54	16/03/1968	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Maceió - UNCISAL	UNCISAL	50	Estadual
55	08/04/1968	Faculdade de Medicina de Itajubá-MG - FMIt	FMIt	87	Privada
56	22/05/1968	Centro Universitário de Volta Redonda- RJ - UNIFOA	UniFOA	120	Privada
57	21/08/1968	Centro de Ensino Superior de Valença- RJ - CESVA	CESVA	100	Privada
58	21/11/1968	Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre/MG - UNIVAS	UNIVAS	70	Privada
59	06/12/1968	Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP - FMJ	FMJ	120	Municipal
60	19/12/1968	Universidade Severino Sombra - Vassouras RJ - USS	USS	80	Privada
61	15/01/1969	Faculdade Evangélica do Paraná - Curitiba - FEPAR	FEPAR	120	Privada
62	07/02/1969	Faculdade de Medicina do ABC - FMABC	FMABC	150	Privada
63	30/04/1969	Universidade de Passo Fundo/RS - UPF	UPF	100	Privada

64	10/06/1969	Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva - SP - FIPA	FIPA	100	Privada
65	02/02/1970	Escola de Medicina Souza Marques - Rio de Janeiro/RJ - EMSM	EMSM	192	Privada
66	17/03/1970	Universidade de Santo Amaro - SP - UNISA	UNISA	160	Privada
67	13/04/1970	Centro Universitário Serra dos Órgãos - Teresópolis/RJ - UNIFESO	UNIFESO	144	Privada
68	24/06/1970	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS	PUCRS	120	Privada
69	08/10/1970	Universidade do Estado do Pará - Santarém/PA - UEPA	UEPA	40	Estadual
70	26/04/1971	Faculdade de Medicina de Barbacena/MG - FAME	FAME	120	Privada
71	29/07/1971	Universidade do Estado do Pará - Belem/PA - UEPA	UEPA	100	Estadual
72	24/09/1971	Universidade São Francisco - Bragança Paulista - USF	USF	80	Privada
73	06/11/1974	Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	UNIMONTES	28	Estadual
74	23/12/1975	Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-CAMPINAS	PUC-CAMPINAS	90	Privada
75	16/12/1976	Universidade Iguaçu -Nova Iguaçu - RJ - UNIG/Nova Iguaçu	UNIG/Nova Iguaçu	100	Privada
76	03/11/1978	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	UFMT	95	Federal
77	20/06/1979	Universidade Federal de Campina Grande - UFCG	UFCG	90	Federal
78	28/02/1987	Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - UNOESTE	UNOESTE	220	Privada
79	12/08/1987	Universidade Estadual de Maringá/PR - UEM	UEM	40	Estadual
80	15/12/1988	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS/ Alfenas/MG	UNIFENAS	136	Privada
81	11/07/1989	Universidade Regional de Blumenau - SC - FURB	FURB	80	Privada
82	06/11/1993	Universidade Federal de Roraima - UFRR	UFRR	80	Federal
83	02/02/1996	Universidade Luterana do Brasil - Canoas - RS - ULBRA	ULBRA	120	Privada
84	30/08/1996	Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Cascavel - UNIOESTE	UNIOESTE	40	Estadual

85	14/02/1997	Universidade de Cuiabá/MT - UNIC	UNIC	71	Privada
86	23/02/1997	Universidade Metropolitana de Santos - SP - UNIMES	UNIMES	100	Privada
87	07/03/1997	Universidade Estácio de Sá - RJ - UNESA	UNESA	240	Privada
88	12/03/1997	Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - Duque de Caxias/RJ- UNIGRANRIO	UNIGRANRIO	110	Privada
89	26/03/1997	Universidade Iguaçu - Itaperuna/RJ - UNIG/Itaperuna	UNIG/Itaperuna	60	Privada
90	26/03/1997	Universidade Anhanguera-Uniderp - MS - UNIDERP	UNIDERP	120	Privada
91	07/04/1997	Universidade do Vale do Itajaí - SC - UNIVALI	UNIVALI	74	Privada
92	08/04/1997	Universidade de Uberaba - MG - UNIUBE	UNIUBE	120	Privada
93	08/07/1998	Universidade do Sul de Santa Catarina- Campus Tubarão - UNISUL	UNISUL	100	Privada
94	08/07/1998	Universidade do Sul de Santa Catarina - Palhoça/SC - UNISUL	UNISUL	160	Municipal
95	21/07/1998	Universidade Estadual do Piauí - Teresina - UESPI	UESPI	50	Estadual
96	10/09/1998	Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE	UNIVILLE	48	Privada
97	20/10/1998	Universidade de Marília/SP - UNIMAR	UNIMAR	100	Privada
98	10/11/1998	Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma - UNESC	UNESC	100	Privada
99	30/12/1998	Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Ipatinga/MG- IMES	IMES	80	Privada
100	17/02/1999	Centro Universitário Barão de Mauá- Ribeirão Preto - SP - CBM	CBM	110	Privada
101	19/05/1999	Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaina - TO - FAHESA/ITPAC	FAHESA/ITPAC	80	Privada
102	21/12/1999	Universidade Federal da Grande Dourados - MS - UFGD	UFGD	80	Federal
103	02/06/2000	Universidade Federal do Ceará- Campus de Sobral - UFC/Sobral	UFC/Sobral	80	Federal
104	02/06/2000	Universidade Federal do Cariri - Campus de Barbalha - UFCA/Barbalha	UFCA/Barbalha	80	Federal

105	25/08/2000	Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte/CE ESTÁCIO FMJ	ESTÁCIOFMJ	100	Privada
106	21/12/2000	Universidade Estadual de Santa Cruz- Ilheus/BA - UESC	UESC	42	Estadual
107	27/06/2001	Universidade do Estado do Amazonas -Manaus - UEA	UEA	130	Estadual
108	29/06/2001	Universidade José do Rosário Vellano - Belo Horizonte/MG - UNIFENAS/BH	UNIFENAS-BH	136	Privada
109	06/07/2001	Universidade Católica de Brasília - UCB	UCB	40	Privada
110	18/07/2001	Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - ESCS	ESCS	80	Estadual
111	22/08/2001	Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - UNOESC	UNOESC	60	Privada
112	18/10/2001	Universidade Nilton Lins - Manaus - UNINILTONLINS	UNINILTONLINS	100	Privada
113	29/10/2001	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró/RN - UERN	UERN	60	Estadual
114	21/12/2001	Centro Universitário de Caratinga -MG - UNEC	UNEC	40	Privada
115	16/01/2002	Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR	UNIR	40	Federal
116	18/01/2002	Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - Brasilia - FACIPLAC	FACIPLAC	80	Privada
117	19/03/2002	Universidade Estadual do Maranhão- Caxias - UEMA	UEMA	30	Estadual
118	21/03/2002	Universidade Federal do Acre - UFAC	UFAC	80	Federal
119	04/06/2002	Universidade Presidente Antônio Carlos/MG - UNIPAC /Juiz de Fora	UNIPAC	42	Privada
120	14/06/2002	Centro Universitário Unirg - GurupiTO - UNIRG	UNIRG	120	Municipal
121	09/07/2002	Universidade Estadual de Feira de Santana- BA - UEFS	UEFS	30	Estadual
122	12/08/2002	Universidade Estadual do Ceará - UECE	UECE	80	Estadual
123	12/09/2002	Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG - PR	UEPG	40	Estadual
124	24/10/2002	Universidade Cidade de São Paulo - UNICID	UNICID	176	Privada
125	13/12/2002	Universidade Positivo- Curitiba/PR - UP	UP	169	Privada
126	30/12/2002	Universidade do Ceuma-UNICEUMA	UNICEUMA	149	Privada

127	04/07/2003	Universidade Camilo Castelo Branco-Fernandópolis/SP - UNICASTELO	UNICASTELO	80	Privada
128	07/07/2003	Universidade Nove de Julho - São Paulo - UNINOVE	UNINOVE	120	Privada
129	09/07/2003	Faculdade de Medicina Nova Esperança- J.Pessoa/ PB - FAMENE	FAMENE	170	Privada
130	26/08/2003	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - Vespasiano - MG - FASEH	Faseh	64	Privada
131	29/08/2003	Universidade do Planalto Catarinense - Lages - UNIPLAC	UNIPLAC	40	Privada
132	05/12/2003	Universidade Federal do Vale do São Francisco/Petrolina/PE - UNIVASF	UNIVASF	80	Federal
133	16/04/2004	Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos - IMEPAC Araguari/MG	IMEPAC	40	Privada
134	25/05/2004	Faculdade Presidente Antonio Carlos - Porto Nacional - ITPAC-PORTO/FAPAC	FAPAC	42	Privada
135	12/07/2004	Centro Universitário do Espirito Santo- Colatina - UNESC	UNESC	100	Privada
136	12/07/2004	Faculdades Integradas Aparício Carvalho- Porto Velho/RO - FIMCA	FINCA	40	Privada
137	12/07/2004	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/J.Pessoa/PB - FCMPB	FCMPB	100	Privada
138	12/07/2004	Centro Universitário Uninovafapi - UNINOVAFAPI - Piaui	UNINOVAFAPI	110	Privada
139	07/08/2004	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-Vitória da Conquista - UESB	UESB	30	Estadual
140	04/10/2004	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG - SUPREMA	FCMS-JF	120	Privada
141	08/11/2004	Faculdade de Tecnologia e Ciências-Salvador/BA - FTC	FTC	100	Privada
142	09/11/2004	Faculdade Integral Diferencial-Piaui - FACID	FACID	110	Privada
143	01/01/2005	Faculdade Alfredo Nasser - Aparecida de Goiania - GO - UNIFAN	UNIFAN	60	Privada
144	04/05/2005	Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO	PUC-GO	80	Privada
145	14/06/2005	Faculdade São Lucas - Porto Velho-RO - FSL	FSL	130	Privada

146	23/06/2005	Instituto de Ciências da Saúde - Montes Claros - MG - ICS/ FUNORTE	ICS	80	Privada
147	23/06/2005	Faculdade Brasileira - Vitória/ES - MULTIVIX VITORIA	MULTIVIX VITORIA	80	Privada
148	07/08/2005	Universidade Comunitária da Região de Chapecó/SC - UNOCHAPECÓ	UNOCHAPECO	45	Municipal
149	30/08/2005	Faculdade Pernambucana de Saúde/Recife - FPS	FPS	192	Privada
150	21/09/2005	Centro Universitário de Araraquara-SP - UNIARA	UNIARA	100	Privada
151	22/12/2005	Centro Universitário Christus - Fortaleza-CE - UNICHRISTUS	UNICHRISTUS	196	Privada
152	22/12/2005	Faculdade Atenas - Paracatu-MG - FA	FA	100	Privada
153	22/12/2005	Universidade Federal de São Carlos - SP - UFSCAR	UFSCAR	40	Federal
154	29/12/2005	Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB - FCM	FACISA - FCM	180	Privada
155	08/03/2006	Universidade Potiguar -RN - UnP	UnP	192	Privada
156	15/03/2006	Universidade de Santa Cruz do Sul - RS -UNISC	UNISC	70	Privada
157	04/05/2006	Universidade de Fortaleza - CE - UNIFOR	UNIFOR	200	Privada
158	10/11/2006	Universidade Vila Velha - ES -UVV	UVV	120	Privada
159	10/11/2006	Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - RO - FACIMED	FACIMED	50	Privada
160	14/11/2006	Centro Universitário do Estado do Pará - PA - CESUPA	CESUPA	116	Privada
161	24/11/2006	Universidade Federal de Ouro Preto/MG - UFOP	Ufop	80	Federal
162	01/01/2007	Universidade Federal do Tocantins - Palmas/TO - UFT	UFT	100	Federal
163	02/02/2007	Universidade Anhembi Morumbi - São Paulo/SP - UAM	UAM	130	Privada
164	02/02/2007	Centro Universitário de Belo Horizonte/MG - UNI-BH	UNI-BH	160	Privada
165	05/02/2007	Centro Universitário São Camilo - São Paulo/SP - SÃOCAMILO	SAOCAMILO	100	Privada
166	15/06/2007		UFCG	30	Federal

		Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras/PB (UFCG)			
167	08/08/2007	Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - RJ - UNIGRANRIO	UNIGRANRIO	110	Privada
168	27/08/2007	Universidade Federal de São João Del Rei - MG /Divinópolis - UFSJ	UFSJ	60	Federal
169	08/10/2007	Faculdades Integradas Pitágoras - Montes Claros/MG - FIP-MOC	FIP-MOC	100	Privada
170	12/10/2007	Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM	UNIPAM	60	Privada
171	24/10/2007	Universidade de Itaúna - UIt	UIt	100	Privada
172	01/02/2008	Centro Universitário de Anápolis - GO - UniEVANGÉLICA	UniEVANGELICA	160	Privada
173	07/02/2008	Faculdade Assis Gurgacz - Cascavel/PR - FAG	FAG	162	Privada
174	21/05/2008	Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé - UFRJ	UFRJ/Macaé	60	Federal
175	23/12/2008	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- Jequié - UESB	UESB	27	Estadual
176	01/11/2009	Universidade Tiradentes - SE - UNIT	UNIT	140	Privada
177	13/01/2010	Fundação Universidade Federal de Viçosa - MG - UFV	UFV	50	Pública
178	13/01/2010	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	UNIFAP	60	Federal
179	04/04/2011	Universidade de Rio Verde - UniRV - Rio Verde/GO	UniRV	40 vagas	Municipal
180	22/08/2011	Centro Universitário Ingá -Maringá/PR - INGÁ	INGÁ	100	Privada
181	24/08/2011	Universidade de Pernambuco/Garanhuns - UPE	UPE-Garanhuns	40	Estadual
182	14/11/2011	Universidade do Estado da Bahia - Cabula/Salvador - UNEB	UNEB - Cabula	60	Estadual
183	17/11/2011	Universidade de Maringá - CESUMAR	CESUMAR	186	Privada
184	17/11/2011	Faculdade Santa Marcelina - FASM	FASM	100	Privada
185	17/11/2011	Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata - FCSB	FCSB	120	Privada
186	17/11/2011	Universidade de Franca - UNIFRAN	UNIFRAN	100	Privada

187	24/11/2011	Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE - Francisco Beltrão	UNIOESTE - Francisco Beltrão	40	Estadual
188	01/02/2012	Universidade Federal de Sergipe - UFS/Campus Lagarto	UFS/Campus de Lagarto	60	Federal
189	27/02/2012	Universidade Federal de Juiz de Fora - Governador Valadares/MG - UFJF	UFJF - Governador Valadares	100	Federal
190	02/03/2012	Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT	UNEMAT	60	Estadual
191	05/06/2012	Faculdade Ceres - S.José do Rio Preto - SP - FACERES	FACERES	120	Privada
192	05/06/2012	União das Faculdades dos Grandes Lagos - S. José do Rio Preto - SP - UNILAGO	UNILAGO	100	Privada
193	05/06/2012	Universidade Salvador/BA - UNIFACS	UNIFACS	150	Privada
194	05/06/2012	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Betim/MG - PUCMINAS	PUC MINAS	120	Privada
195	05/06/2012	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Londrina - PUC PR	PUC PR	60	Privada
196	05/06/2012	Faculdade de Minas BH - FAMINAS - MG	FAMINAS	120	Privada
197	05/06/2012	Centro Universitário Mauricio de Nassau - UNINASSAU - PE	UNINASSAU	168	Privada
198	05/06/2012	Centro Universitário de Votuporanga - SP - UNIFEV	UNIFEV	60	Privada
199	06/06/2012	Universidade de Pernambuco -UPE/Serra Talhada (PE)	UPE - Serra Talhada	20	Estadual
200	07/06/2012	Faculdade Santa Maria - FSM - Cajazeiras/PB	FSM	60	Privada
201	02/12/2012	Universidade Federal do Piauí - campus Senador Elvidio N. de Barros - PICOS -PI - UFPI	UFPI - Picos	60	Federal
202	00/00/2013	Universidade do Estado do Pará - UEPA / Marabá	UEPA/Marabá	40	Estadual
203	20/03/2013	Faculdade São Leopoldo Mandic -São Paulo / SLMANDIC	SLMANDIC	200	Privada
204	20/03/2013	Centro Universitário de Brasília - UNICEUB	UNICEUB	100	Privada
205	21/03/2013	Centro Universitário de Várzea Grande - MT - UNIVAG	UNIVAG	120	Privada
206	23/07/2013	Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo -RS - UFFS	UFFS	62	Federal

207	27/11/2013	Centro Universitário Univates - UNIVATES - Lajeado - RS	UNIVATES	50	Privada
208	27/11/2013	Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ - PA	FAMAZ	100	Privada
209	12/12/2013	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Diamantina (MG) UFVJM	UFVJM	60	Federal
210	12/12/2013	Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) - São João Del-Rei (MG)	UFSJ	40	Federal
211	12/12/2013	Universidade Federal de Alfenas(UNIFAL) Alfenas (MG)	UNIFAL	160	Federal
212	12/12/2013	Universidade Federal do Maranhão- UFMA-Imperatriz (MA)	UFMA-Imperatriz	80	Federal
213	12/12/2013	Universidade Federal do Maranhão - UFMA-Pinheiro (MA)	UFMA/Pinheiro	80	Federal
214	12/12/2013	Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT-Rondonópolis (MT)	UFMT-Rondonópolis	40	Federal
215	12/12/2013	Universidade Federal do Mato Grosso- UFMT-Sinop (MT)	UFMT-Sinop)	60	Federal
216	12/12/2013	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Santo Antônio de Jesus -(BA) - UFRB	UFRB	60	Federal
217	12/12/2013	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE)	UFPE (Caruaru)	80	Federal
218	18/12/2013	Universidade Municipal de São Caetano do Sul- USCS - SP	USCS	120	Municipal
219	18/12/2013	Universidade de São Caetano do Sul - USCS - S. Paulo	USCS-SP	120	Municipal
220	29/01/2014	Faculdade de Ciências Agrária e da Saúde - Lauro de Freitas/BA - FAS	FAS	100	Privada
221	29/01/2014	Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA - Sobral/CE	INTA	140	Privada
222	01/02/2014	Centro Universitário de Franca - FRANCA - SP - Uni-FACEF	UNI-FACEF	60	Privada
223	13/03/2014	Faculdades Pequeno Príncipe - FPP - Curitiba/PR	FPP	100	Privada
224	13/03/2014	Centro Universitário Cesmac - Maceió/AL - CESMAC	CESMAC	145	Privada

225	27/03/2014	Universidade Estácio de Sá - Campus João Uchoa - RJ - UNESA	ESTÁCIO -JOÀO UCHOA.	68	Privada
226	15/04/2014	Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu/MG - FACIG	FACIG	36	Privada
227	15/04/2014	Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP	UNICAP	120	Privada
228	10/05/2014	Centro Universitário das Faculdade Associadas de Ensino - FAE - S. João da Boa Vista/SP- UNIFAE	FAE	60	Municipal
229	10/05/2014	Universidade de Rio Verde - UniRV - Aparecida de Goiânia - GO	UniRV	60	Municipal
230	12/05/2014	Universidade Federal de Goiás - Jataí/Go	UFG-Jataí	60	Federal
231	12/05/2014	Universidade Federal dos Vales doo Jequitinhonha e Mucuri - Teófilo Otoni/MG - UFVJM	UFVJM -Teófilo Otoni	60	Federal
232	12/05/2014	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS- Três Lagoas/MS	UFMS- Três lagoas	60	Federal
233	12/05/2014	Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco - Paulo Afonso/BA	UFVSF	40	Federal
234	12/05/2014	Universidade Federal do Piauí - UFP/Parnaiba	UFP - Parnaíba	80	Federal
235	12/05/2014	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN-Caicó/RN	UFRN - Caicó	40	Federal
236	12/05/2014	Universidade Federal do Sul da Bahia - Teixeira de Freitas/BA - UFSBA	UFSBA - Teixeira de Freitas	80	Federal
237	12/05/2014	Universidade Federal do Oeste da Bahia - Barreiras/BA - UFOB/Barreiras	UFOB - Barreiras	80	Federal
238	13/05/2014	Universidade Federal da Integração Latino-Americana,- Foz do Iguaçu /PR - UNILA	UNILA _ Foz do Iguaçu	60	Federal
239	10/06/2014	Faculdade Ubaense Ozanam Coelho - FAGOC - UBÁ/MG	FAGOC	60	Privada
240	10/06/2014	Faculdades Integradas de Patos- FIP - Patos/PB	FIP	60	Privada
241	09/07/2014	Faculdade de Minas - FAMINAS/Muriaé - MG	FAMINAS Muriaé	60	Privada
242	22/07/2014	Faculdade Meridional - Passo Fundo/RS - IMED	IMED	42	Privada
243	22/07/2014	Centro Universitário Uniseb -Ribeirão Preto/SP - UNISEB	UNISEB	76	Privada
244	22/07/2014		UNIPÊ	100	Privada

		Centro Universitário de João Pessoa - PB - UNIPE			
245	22/07/2014	Faculdade das Américas - São Paulo/SP - FAM	FAM	130	Privada
246	22/07/2014	Centro Universitário Franciscano - Santa Maria/RS - UNIFRA	UNIFRA	80	Privada
247	22/07/2014	Centro Universitário Tiradentes - Maceió/AL -- FITS	FITS	140	Privada
248	25/08/2014	Faculdade Barão do Rio Branco - Rio Branco/AC - FAB	FAB	81	Privada
249	17/11/2014	Universidade Federal de Lavras - MG - UFLA	UFLA	60	Federal
250	11/12/2014	Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitoria da Conquista - BA - FSA	FASA	100	Privada
251	03/03/2015	Centro Universitário de Adamantina/SP - FAI	FAI	100	Municipal
252	14/04/2015	Universidade Federal do Paraná - campus de TOLEDO - UFPR/TOLEDO	UFPR/TOLEDO	60	Federal
253	15/04/2015	Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga- Ponte Nova/MG - FADIP	FADIP	61	Privada
254	18/05/2015	Universidade Federal da Fronteira Sul - Chapecó - SC UFFS	UFFS - Chapecó	40	Federal
255	18/05/2015	Universidade Federal de Tocantins - Araguaina/TO - UFT	UFT/Araguaína	56	Federal
256	18/05/2015	Universidade Federal de Alagoas - Arapiraca/AL	UFA-Arapiraca	80	Federal
257	26/06/2015	Faculdade Mineirense - Mineiros/GO - FAMA (SUB JUDICE)	FAMA	200	Privada
258	02/07/2015	Faculdade Redentor - FacRedentor - Itaperuna/RJ	FacRedentor	80	Privada
259	02/07/2015	Instituto de ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - S.João del Rei /MG - IPTAN	IPTAN	38	Privada
260	02/07/2015	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einsten - São Paulo/SP - FICSAE	FICSAE	100	Privada
261	15/07/2015	Universidade de Rio Verde - UniRV/GO - Goianésia	UniRV/Goianésia	60	Municipal
262	14/10/2015	Fundação Educacional do Município de Assis - SP - FEMA	FEMA	60	Municipal
263	21/10/2015	Faculdade de Medicina de Olinda/PE - FMO - SUB JUDICE	FMO	120	Privada
264	13/11/2015	Faculdade de Guanambi - BA	FG	50	Privada

265	02/12/2015	Universidade Federal da Bahia - campus Anísio Teixeira - CAT	CAT	80	Federal
266	02/12/2015	Universidade Federal Rural do Semi-Árido - campus de Mossoró - UFERSA/RN	UFERSA - Mossoró	80	Federal
267	02/12/2015	Universidade Federal do Pampa - Uruguaiana - RS - UNIPAMPA	UNIPAMPA - URUGUAIANA	60	Federal
268	11/12/2015	Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí -FAHESA/IESVASP	IESVASP	80	Privada
269	02/01/2016	Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES (GO)	UNIFIMES	60	Pública
270	00/00/0000	Universidade do Estado de Minas Gerais- UEMG/PASSOS	UEMG/PASSOS	40	Estadual
271	16/05/2016	Universidade Vale do Rio Doce - MG - UNIVALE	UNIVALE MG	100	Privada
272	17/08/2016	Faculdade de Medicina de São Francisco de Barreiras- FASB - BA	FASB	80	Privada

ANEXO 12

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSTITUCIONAL

(Para assinatura dos responsáveis das instituições de ensino em que a pesquisa será realizada)

Título Público da pesquisa: "Formação Médica: o cenário contemporâneo, as transformações atuais e os efeitos à saúde mental dos estudantes de medicina"
Título Principal: "Identidade Médica e Saúde Mental do Estudante de Medicina"
Pesquisadores*: Denise Ribeiro Barreto Mello, aluna de Doutorado* (IPUB/UFRJ) *e Ligia Costa Leite, Professora colaboradora IPUB/UFRJ*

A) INFORMAÇÕES

1. Objetivos da pesquisa.

Estamos realizando uma pesquisa com estudantes de medicina se insere na Linha de Pesquisa Violências, Comunicação e Saúde Mental, coordenada por Leite e parte do Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria, UFRJ. Esta pesquisa objetiva desenvolver um estudo qualitativo a fim de levantar dados sobre a saúde mental do jovem estudante de medicina e analisar aspectos da violência silenciosa que interferem na saúde mental destes. O material recolhido será utilizado como fonte primária de estudo.

2. Participação na pesquisa

Após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando o uso das informações prestadas com finalidade estritamente científica, 30 jovens vinculados a esta instituição concederão uma entrevista que será gravada para posteriormente ser analisada qualitativamente.

3. Confidencialidade

Seguindo as normas do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria, UFRJ, e da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, todos os dados recolhidos permanecerão estritamente confidenciais. Nenhuma informação permitindo que a instituição ou os jovens sejam identificados será publicada e haverá todo cuidado e precaução nos dados que possam identificá-los.

4. Vantagens e desvantagens

Os resultados da pesquisa permitirão uma melhor visibilidade dos problemas referentes à saúde mental dos estudantes de medicina e servirão de embasamento de projetos de intervenção e nas

políticas públicas em saúde mental.

Não há desvantagens em participar nesta pesquisa.

5. Direito de cancelamento

A participação da instituição é totalmente voluntária e esta tem todas as garantias para cancelar esta parceria a qualquer tempo sem prejuízo da continuação do estudo. A instituição poderá se comunicar com os pesquisadores a qualquer tempo. Os endereços deles estão na última página desse documento.

6. Acesso aos resultados

A instituição não poderá obter imediatamente os resultados da pesquisa. Eles serão apresentados quando as análises com esses dados estiverem terminadas, em reuniões de devolução do estudo. No entanto, os resultados parciais podem ser solicitados diretamente às pesquisadoras Denise R. B. Mello e Ligia C. Leite, a qualquer tempo.

B) CONSENTIMENTO

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima e obtido respostas às minhas questões sobre a participação, do aluno desta instituição, na pesquisa. Declaro também que compreendi o objetivo, a natureza, as vantagens, os riscos e que não há desvantagens nesta pesquisa.

Consinto de livre e espontânea vontade que nossos alunos participem da pesquisa, desde que assinem o Termo individual de consentimento livre e esclarecido ou, quando menores de 18 anos, que sejam autorizados com o Termo assinado por seus guardiões legais.

Assinatura do responsável pela instituição:

_____

Data:___ ____ ____

Denise Ribeiro Barreto Mello, aluna de Doutorado (IPUB/UFRJ)
E-mail: deniserbmello@gmail.com
Endereços Profissionais:
Faculdade Redentor. End.: Rodovia BR 356, nº25. Bairro Cidade Nova. Itaperuna/RJ.
CEP 28.300-000. Tel.: (22)3811-0111. Home Page: www.redentor.inf.br
Faculdade de Medicina de Campos. Av. Alberto Torres, 217. Centro. Campos dos Goytacazes/RJ.
CEP: 28035-581. Tel.: (22) 2101-2929. Home Page: www.fmc.br

Ligia Costa Leite, Professor Associado
Instituto de Psiquiatria, UFRJ,
Av. Venceslau Brás, 71, Fds - Rio de Janeiro, RJ – 22290 – 140, Brasil
Telefone: (21) 3873-5567. Emails: ligia@ipub.ufrj.br / ligia.cleite@gmail.com

Reclamações relativas à sua participação nesta pesquisa podem ser endereçadas:
À ouvidoria da UFRJ.
Telefone: 3873-5555
E-mail:ouvidoria@ipub.ufrj.br
Ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do IPUB/UFRJ
Av. Venceslau Brás 71, fds – Prédio da Direção – 2º andar – sala do CEP.
Campus Praia Vermelha - Botafogo – Rio de Janeiro. 22.290-140.
Tel: (21) 3938-5510
Home Page: http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/comite-de-etica

ANEXO 13

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INDIVIDUAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título Público da pesquisa: "Formação Médica: o cenário contemporâneo, as transformações atuais e os efeitos à saúde mental dos estudantes de medicina"
Título Principal: "Identidade Médica e Saúde Mental do Estudante de Medicina"

Prezado Estudante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa supra citada, cujas pesquisadoras responsáveis são DENISE RIBEIRO BARRETO MELLO (Doutoranda em Saúde Mental) e LIGIA COSTA LEITE (Pesquisadora Orientadora) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. A pesquisa citada objetiva fornecer subsídios teórico-práticos na formulação de novas propostas de intervenção em saúde mental para estudantes de medicina. Para tanto, faz-se necessária a investigação da qualidade de vida desses jovens durante este processo singular de suas vidas, analisando possíveis indicadores de riscos psicopatológicos, de violência silenciosa, de suas implicações e efeitos.

Sua participação consiste em conceder-nos seu Portfólio que será utilizado como fonte primária de estudo, analisado de um modo geral (e não individual) e depois divulgado em trabalhos ou artigos acadêmicos e em demais meios de comunicação científica. Garantimos sigilo e confidencialidade dos dados que você está nos concedendo, e asseguramos sua privacidade em todas as formas possíveis de identificação na divulgação de seus resultados. Seguindo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, você tem todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa ou abandoná-la a qualquer tempo sem prejuízo de qualquer espécie.

Você pode falar conosco de 8h às 20h pelos telefones profissionais (22 2101-2900 / 22 3811-0111) ou a qualquer hora por e-mail (deniserbmello@gmail.com).

Desde já agradecemos pela sua participação.

_____ , ____ de _____ de 20__.

De acordo, _____

(Assinatura do Estudante)

ANEXO 14

FLOR VERMELHA DE CAULE VERDE
CONTO DE HELEN BARCKLEY

Era uma vez um menino. Ele era bastante pequeno e estudava numa grande escola. Mas, quando o menino descobriu que podia ir à escola e, caminhando, passar através da porta ficou feliz. E a escola não parecia mais tão grande quanto antes.

Certa manhã, quando o menininho estava na aula, a professora disse:

– Hoje faremos um desenho.

– Que bom! Pensou o menino. Ele gostava de fazer desenhos. Podia fazê-los de todos os tipos: leões, tigres, galinhas, vacas, barcos e trens. Pegou então sua caixa de lápis e começou a desenhar. Mas a professora disse:

– Esperem. Ainda não é hora de começar. E ele esperou até que todos estivessem prontos.

– Agora, disse a professora, desenharemos flores.

– Que bom! Pensou o menininho. Ele gostava de desenhar flores. E começou a desenhar flores com seus lápis cor-de-rosa, laranja e azul. Mas a professora disse:

– Esperem. Vou mostrar como fazer. E a flor era vermelha com o caule verde.

Num outro dia, quando o menininho estava em aula ao ar livre, a professora disse:

– Hoje faremos alguma coisa com barro.

– Que bom! Pensou o menininho. Ele gostava de barro. Ele podia fazer todos os tipos de coisas com barro: elefantes, camundongos, carros e caminhões. Começou a juntar e a amassar a sua bola de barro. Mas a professora disse:

– Esperem. Não é hora de começar. E ele esperou até que todos estivessem prontos.

– Agora, disse a professora, faremos um prato.

– Que bom! Pensou o menininho. Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos. A professora disse:

– Esperem. Vou mostrar como se faz. E ela mostrou a todos como fazer um prato fundo. Assim, disse a professora, podem começar agora.

O menininho olhou para o prato da professora. Então olhou para seu próprio prato. Ele gostava mais de seu prato do que do da professora. Mas não podia dizer isso. Amassou o seu barro numa grande bola novamente e fez um prato igual ao da professora. Era um prato fundo.

E, muito cedo, o menininho aprendeu a esperar e a olhar, e a fazer as coisas exatamente como a professora fazia. E, muito cedo, ele não fazia mais as coisas por si mesmo.

Então aconteceu que o menino e sua família mudaram-se para outra casa, em outra cidade, e o menininho teve que ir para outra escola.

No primeiro dia, ele estava lá. A professora disse:

– Hoje faremos um desenho.

– Que bom! Pensou o menininho. E ele esperou que a professora dissesse o que fazer. Mas a professora não disse. Ela apenas andava pela sala. Então, veio até ele e falou:

– Você não quer desenhar?

– Sim, disse o menininho. O que é que nós vamos fazer?

– Eu não sei até que você o faça, disse a professora.

– Como eu posso fazer? Perguntou o menininho.

– Da mesma maneira que você gostar. Respondeu a professora.

– De que cor? Perguntou o menininho.

– Se todos fizerem o mesmo desenho e usarem as mesmas cores, como eu posso saber quem fez o quê e qual o desenho de cada um?

– Eu não sei, disse o menininho.

E ele começou a desenhar uma flor vermelha com caule verde.