



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Rosalva Araujo Paz da Silva

**Saúde coletiva na formação médica: explorando a potência da humanização
como uma das vertentes da saúde coletiva no âmbito da prática médica**

Rio de Janeiro

2018

Rosalva Araujo Paz da Silva

Saúde Coletiva na formação médica: explorando a potência da humanização como uma das vertentes da saúde coletiva no âmbito da prática médica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientação: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 Silva, Rosalva Araujo Paz da

Saúde coletiva na formação médica: explorando a potência da humanização como uma das vertentes da saúde coletiva no âmbito da prática médica / Rosalva Araujo Paz da Silva. – 2018.
102 f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde pública – Teses. 2. Medicina social – Teses. 3. Humanização da assistência – Teses. 4. Educação médica – Teses. 5. Currículo – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.255(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rosalva Araujo Paz da Silva

Saúde coletiva na formação médica: explorando a potência da humanização como uma das vertentes da saúde coletiva no âmbito da prática médica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Aprovada em 21 de maio de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dra. Mônica de Rezende

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai. Sem ele, nada seria.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e ao meu filho que em momentos difíceis souberam me apoiar com carinho. Sinto-me abençoada de ter vocês em minha vida.

Às minhas amigas de coração e de fé, Sandra, Maria Joaquina (Jô) e Almira, que me ajudaram incondicionalmente nos momentos de dúvidas e incertezas. Amo vocês!

Aos amigos do curso adquiridos nos caminhos do curso de especialização.

Ao meu orientador pela sua boa vontade diante dos percalços da vida.

À Coordenação do curso que não desacreditou do potencial deste curso.

A todos que indiretamente colaboraram para que eu não parasse no meio do caminho.

Há homens que lutam um dia, e são bons; há outros que lutam um ano e são melhores; há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons; porém há os que lutam toda a vida estes são imprescindíveis...

Berthold Brecht

RESUMO

SILVA, Rosalva Araújo Paz da. **Saúde coletiva na formação médica:** explorando a potência da humanização como uma das vertentes da saúde coletiva no âmbito da prática médica. Rio de Janeiro. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A presente pesquisa apresenta a compreensão do processo histórico de construção do campo da Saúde Coletiva introduzindo com seu desdobramento histórico-conceitual e apresentando a proposta da Política Nacional de Humanização e de sua influência no conjunto das práticas em saúde. Como referencial teórico no campo da Saúde Coletiva utilizamos os argumentos da racionalidade médica, medicalização e os arranjos econômicos apontados por alguns autores, que promovem a reflexão crítica sobre as relações que se dão entre profissionais e usuários dentro de uma proposta mais ampla de respeito à autonomia do outro e sobre as práticas de cuidado que promovemos no serviço. Em seguida, apresenta um processo de inserção da humanização na formação médica a partir da compreensão das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação da Medicina numa Escola de Medicina como um referencial importante na implementação do Projeto Pedagógico do Curso, associado as propostas da humanização no campo da prática. Como trajetória metodológica adotamos uma mixagem de alguns métodos, predominando a análise documental e a pesquisa qualitativa. Neste sentido foram analisados documentos normativos federais, projeto político pedagógico e diretrizes curriculares além da própria Política Nacional de Humanização. Finalizando, analisamos a percepção do docente diante dos fenômenos que se dão no cotidiano do ensino-serviço. Por meio das vivências apresentadas procuramos provocar a reflexão sobre os valores que são defendidos no campo da Saúde Coletiva e que necessitam ser explorados na formação da prática médica na busca por um médico humanizado. A pesquisa convida aos docentes que atuam em campo da prática médica, com alunos da disciplina de Medicina Social, a promoverem uma reflexão sobre a sua atuação no processo de formação do médico.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Política Nacional de Humanização. Formação Médica.

ABSTRACT

SILVA, Rosalva Araújo Paz da. **Collective health in medical education:** exploring the power as one of the aspects of collective health within the scope of medical practice. Rio de Janeiro. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This present study presents the historical process of the building of the collective health area comprehension stating its concept unrolling and showing the Nacional Humanization Policy proposition and its influence on the field of health. As a reference, we used the argument of medical rationale, drugs intake and the economics arranges pointed by some authors who promote critical reflexion among the connection between the professionals and patients within a wide proposal in respect of one's autonomy and care practice promoted while in service. Then it proposes a process of humanization in the medicine graduation from the comprehension of the Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação da Medicina in a medicine school playing an important role to the instructional Project of the course, associated with the humanization in practice. As a methodological pattern we took measures which prevail the documental analysis and qualitative research. In this respect, it has been dissected normative federal documents, public pedagogical projects and curricular guidelines beyond the Nacional Humanization Policy. Finally, we analysed the perception of the docent before the circumstances that happen in a daily basis of teaching-service. Through what was presented, we intended to make people think about the values that are defended in the collective health field and need to be widely explored in the medical graduation practice chasing for a humanized professional. The research invites all docents who act as doctors along with students related to the subject Social Medicine to promote reflexion over one's performance during the graduation.

Keywords: Collective Health. National Policy of Humanization. Medical practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALESP	Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública
CAP	Coordenadoria de Saúde da Ap 3.3
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
EMFTESM	Escola de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques
FUNRURAL	Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
NDA	Núcleo de Apoio Pedagógico
NDE	Núcleo Docente Estruturante
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PRC	Programa de Extensão de Cobertura
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RS	Reforma Sanitária
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	OBJETIVOS	20
1.1	Objetivo Geral	20
1.2	Objetivos Específicos	20
2	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE COLETIVA	21
2.1	Os conceitos presentes	21
2.2	Revisitando a histórica da saúde coletiva	23
2.3	Medicina Integral	27
2.4	Medicina Social	29
2.5	Saúde Coletiva	31
2.6	Desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil	35
3	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	38
3.1	A Humanização como Política Nacional	38
3.2	A criação da PNH	40
3.3	Princípios e Diretrizes da PNH	43
4	A RACIONALIDADE MÉDICA, A MEDICALIZAÇÃO E A ACUMULAÇÃO DO CAPITAL NO SETOR SAÚDE	46
4.1	Racionalidade médica e práticas de cuidado	46
4.2	Medicalização	50
4.3	Uma epistemologia centrada na doença	54
4.4	Práticas do cuidado e interferência do capital	55
4.5	O cuidado integral	57
5	A FORMAÇÃO MÉDICA E A INSERÇÃO DOS VALORES DA PNH	60
5.1	Definindo currículo	60
5.2	O currículo na formação médica	61
5.3	A promoção da saúde nas Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina..	63
5.4	A inserção da humanização na formação médica	65
5.6	O eixo curricular de medicina social	72
6	A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DO PROCESSO FORMATIVO..	76
6.1	O papel dos relatórios de gestão	77

6.2	O Desenvolvimento teórico-prático da Medicina Social II	78
6.3	A narrativa oral e a escuta qualificada	82
6.3.1	<u>Situação 1 – Muita gente no consultório</u>	82
6.3.2	<u>Situação 2 – Acolhimento por meio da escuta</u>	83
6.3.3	<u>Situação 3 – Terceirização de responsabilidades</u>	84
6.3.4	<u>Situação 4 – Pro-atividade emancipatória</u>	85
6.3.5	<u>Situação 5 – Escutando os motivos do paciente</u>	86
6.4	Dialogando com as situações apresentadas	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95

INTRODUÇÃO

A experiência no âmbito do ensino superior de um curso de Medicina é de aproximadamente dez anos. O convite para atuar como docente na disciplina de Medicina Social I e II da Escola de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques foi consequência de experiência profissional desenvolvida em gestão na Coordenadoria de Área de Planejamento 3.3, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, especificamente em ações de promoção e prevenção em saúde no atual modelo de atenção básica nas escolas, com crianças e jovens, bem como na linha de cuidado da saúde da mulher. A junção destas duas experiências profissionais nos levou a perceber lacunas de humanização tanto nos processos de ensino-aprendizagem, quanto nos processos de prática da Medicina. Estas lacunas ficam ainda mais evidentes quando precisamos colocar atuando em conjunto, os médicos, os preceptores, os estudantes, e equipes da Clínica da Família e os professores.

A dinâmica das disciplinas de Medicina Social I e II na referida Escola acontecem de modo teórico e prático, com alunos de primeiro e segundo ano do curso de Medicina, com ações de prática reflexiva a respeito do trabalho realizado em campo no sentido de familiariza-los com conceitos de fundamentos propostos no Projeto Pedagógico do Curso, que se insere as ações voltadas para a prática da promoção de saúde. Os alunos do primeiro ano realizam atividades práticas em Escolas Públicas, atuando na conscientização a respeito dos temas como dengue, zika, chikungunya, cuidados com o corpo, entre outros, e os do segundo ano são levados à compreensão das questões epidemiológicas em Medicina Social, sendo um campo da Saúde da Coletiva, e os temas mais trabalhados são: indicadores de saúde, epidemiologia de agravos não transmissíveis e transmissíveis, entre outros. Ao longo destes dez anos sempre nos preocupou a forma como os docentes atuavam na prática da disciplina Medicina Social e no modo como acabavam contribuindo para formar um médico, mais ou menos humanizado em seu processo formativo. A conexão entre teoria e prática aconteceu na Unidade de Saúde com apoio de preceptores do próprio serviço, período das vivências apresentadas no estudo

Ao iniciar o curso de Mestrado tomamos contato mais a fundo com a Política Nacional de Humanização, desta vez com um olhar mais atento às suas estratégias e métodos de ação que poderiam gerar mudanças das práticas de saúde, o que nos levou a perceber o espaço estratégico que as atividades práticas da disciplina de Medicina Social ocupavam.

Assim, a pesquisa se justifica pelo fato de grande parte dos trabalhadores da saúde no SUS ainda desconhecem as propostas da PNH e ainda não se conscientizarem do quão desumanizante tem sido as práticas de saúde no âmbito do atual modelo de atenção básica.

A relevância da pesquisa se deve ao fato de que nem mesmo os termos Medicina Social e Saúde Coletiva são corretamente compreendidos nos processos formativos, muito menos nos processos de práticas médicas. Neste sentido, a pesquisa contribui para problematizar a diferença entre vários conceitos do escopo da investigação como Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Integral, Racionalidade Médica, Medicalização e Humanização. Também contribui para levantar alguns aspectos da densa discussão sobre a construção de práticas médicas relacionadas à PNH.

Uma terceira contribuição que a pesquisa traz é a de problematizar o distanciamento entre uma teoria de humanização que é proposta e uma prática que corresponda à teoria. Por fim, uma quarta contribuição é a de levantar questões que precisam ser revistas nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina se queremos formar médicos preparados e contextualizados com as dinâmicas prescritas nas propostas humanizadoras das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Buscou-se, portanto, como objetivo geral problematizar o ensino de Medicina Social em um curso de Medicina tendo objeto de estudo desta pesquisa, em especial a disciplina de Medicina Social II, às práticas médicas realizadas por médicos, preceptores e estudantes de Medicina Social de uma Escola de Medicina no Rio de Janeiro, a Fundação Técnico Educacional Souza Marques, situada no bairro de Cascadura, Zona Norte da cidade. A atuação destes protagonistas, também aconteceu de maneira integrada com os demais profissionais de saúde, não-médicos, da Clínica da Família de referência da instituição, nos arredores da Escola, onde os estudantes atuam com atividades práticas.

A fim de compreendermos a forma como as práticas médicas podem caminhar num viés humanizador, nossa pesquisa procurou explorar os seguintes caminhos: no primeiro capítulo a Saúde Coletiva foi apresentada a partir de seu desdobramento histórico-conceitual, partindo do surgimento da Medicina Social enquanto campo de conhecimentos, seus desdobramentos na Medicina Preventiva, na Medicina Integral e, por fim, na Saúde Coletiva de modo geral. Nesta etapa foi necessário explorar os movimentos em saúde que produziram este campo de conhecimento e que tipos de transformações práticas estas mudanças provocaram no exercício da Medicina Social em nossos dias e que se relacionam com as práticas médicas.

No segundo capítulo a Humanização foi descrita como plano estratégico a ser implementado no Sistema Único de Saúde por meio da Política Nacional de Humanização. Este capítulo tem crucial importância para a compreensão do que é discutido no capítulo 3, problematizado no capítulo 4 e analisado no capítulo 5. O objetivo deste capítulo não foi discutir os processos de implementação desta Política no SUS em suas idiossincrasias e possibilidades concretas, apenas nos concentramos em explorar a potência que tem a PNH na problematização da prática no contexto da disciplina trazendo a descrição, mais uma vez, histórico-conceitual do que vem a ser esta Política na busca por mudanças das práticas de saúde.

No capítulo 3, estabelecemos diálogo com autores como Mattos (2010), Paim, Almeida-Filho (1998) e Mendes (2015) no sentido de explorarmos os elementos que contribuem para problematizar a prática médica, identificando aspectos da ética e do cuidado médico que perpassam a racionalidade médica, os processos de uma medicalização não colonizadora e de acumulação de capital das grandes corporações médicas e da indústria farmacêutica que, aliadas, promovem e financiam pesquisas no campo da saúde. O que se pretende neste capítulo é problematizar os determinantes da prática médica que influenciam no contexto do ensino médico diante de três motivos principais: racionalidade, medicalização e acúmulo de capital.

O quarto capítulo nos conduz ao primeiro ambiente de nossa análise, o ambiente da Escola Médica, submetida às Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação, que elabora Projetos Pedagógicos de Curso de Medicina e que considera a Humanização um dado importante a constar nos planejamentos de cursos e nos currículos das disciplinas, mas que acaba atuando timidamente na efetivação destas propostas. Este capítulo deixa em segundo plano a pesquisa bibliográfica e analisa, a partir de dentro, o funcionamento de um sistema educacional voltado para médicos, por meio da disciplina de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques.

O quinto e último capítulo prossegue com a observação de campo, desta vez na Clínica da Família que atua também como campo de prática da instituição e registra o trato diário de todos os fatores mencionados nos capítulos anteriores, enquanto estamos imersos no processo de ensino-aprendizagem, como docentes e alunos de medicina social II. Neste capítulo não foi feito estudo de caso aprofundado, mas menção de episódios ocorridos no âmbito deste visando colocar em prática as Diretrizes, Projeto Pedagógico, o Currículo, a Política Nacional de Humanização, a elaboração das aulas teóricas e o desenvolvimento e aplicação das atividades práticas.

No que se refere a trajetória metodológica tomamos as definições de pesquisa de: Sá-Silva et al., Cellard, Appolinário, Oliveira e Gil, em que classifica este estudo como análise documental associada à observação participativa.

Por meio de documentos resgatamos informações importantes que proporcionam compreensão histórica e sociocultural em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, favorecendo a maturação e evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (SÁ-SILVA et al., 2009, p. 2). Neste sentido, principalmente os dois primeiros capítulos da pesquisa correspondem à descrição.

(...) o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (CELLARD, 2008, p. 295).

Sá-Silva e outros autores definem pesquisa documental como um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para apreensão, compreensão e análise dos mais variados tipos de documentos (SÁ-SILVA, 2009, p. 5).

Qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, os registros audiovisuais e sonoros, as imagens, entre outros (APPOLINÁRIO, 2009, p. 67).

Neste sentido, identificamos que esta pesquisa traz a compreensão da Saúde Coletiva e da Política Nacional de Humanização na formação médica por meio da análise documental. Isto exigiu a análise de alguns documentos oficiais do Governo Federal sobre a Política Nacional de Humanização, em formato de: artigos e cartilhas, bem como das Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014 e o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de uma instituição de ensino privada.

Diferente da pesquisa bibliográfica a pesquisa documental também considera materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as chamadas fontes primárias, que são dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, como foi o caso das narrativas dos estudantes, preceptores e agentes de saúde. Já a pesquisa bibliográfica remete à contribuições de diferentes autores sobre o tema, e levanta tudo o que foi dito sobre determinado tema, levantamento conhecido como estado da arte do conhecimento, levantamento que esta pesquisa, de fato, não o fez (OLIVEIRA, 2007, p. 69).

Embora a pesquisa se identifique mais como análise documental, não ignoramos a presença de outras metodologias utilizadas em partes menores da dissertação, além da análise qualitativa e da pesquisa bibliográfica, principalmente nos dois primeiros capítulos que embasaram as discussões dos três capítulos seguintes.

Neste sentido, a revisão bibliográfica sumarizada apresentada apoiou-se na leitura exploratória e seletiva de artigos científicos publicados na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Rede Unida, Google Acadêmico, Rede Sirius, Biblioteca da UERJ, privilegiando autores e autoras que são referência na construção histórica do campo da Saúde Coletiva no Brasil, da construção da Política Nacional de Humanização, autores que trabalharam na formulação da Política e que contribuíram para a concepção de humanização nas práticas de saúde. Neste sentido estabelecemos diálogo mais amplo com Ruben Mattos (Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores), por sua análise das práticas médicas associadas a elementos significativos na discussão sobre as disputas de poder no campo da Saúde Coletiva.

Quanto ao estudo do currículo de disciplinas dos cursos de Medicina, houve preocupação em se estudar artigos que contribuíssem para o entendimento da expressão Currículo e a sua influência na formação profissional, e que auxiliassem na discussão das práticas humanizadas na formação médica no Projeto Pedagógico do Curso, documento que é socializado entre todos os docentes e que apresenta, ao Ministério da Educação, a Escola de Medicina da Instituição de Ensino Superior.

A análise qualitativa é uma pesquisa cujo pesquisador parte de questões ou focos de interesse amplos que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos e narrativos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada. Esta fundamentação auxilia no embasamento teórico da pesquisa que busca por meio da experiência vivida por um docente de medicina de uma instituição privada analisar sua prática no campo da formação, em aula de disciplina de Medicina Social, em especial a Medicina Social II (GODOY, 2008, p. 361).

Parte desta modalidade de pesquisa foi empregada especialmente nos dois últimos capítulos e orientou a seleção de todo o material relacionado ao processo de construção do campo da Saúde Coletiva, se aproximando da reflexão sobre a construção dos determinantes sociais das práticas de saúde no sentido de explorar a potência da humanização no âmbito das práticas médicas no campo da formação.

A pesquisa também tomou emprestados alguns elementos da pesquisa exploratória, pois seu objetivo central está voltado para uma maior familiaridade do pesquisador com um determinado fenômeno, reunindo elementos de diferentes aspectos, possibilitando proximidade e experiência acerca de um determinado tema e colaborando na construção de hipóteses para futuras pesquisas e na descoberta de ideias e intuições (GODOY, 2008, p. 360).

A pesquisa dos dois últimos capítulos identifica-se mais como um estudo qualitativo ao invés de pesquisa exploratória, por não haver preocupação em enumerar e/ou medir acuradamente os eventos estudados e não emprega instrumental estatístico no processo de análise dos dados. Os estudos de caso são muito utilizados nas Ciências Sociais e Biomédica, e são vistos como uma investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real, no qual os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos (GIL, 2010, p. 37). Nesta pesquisa não tivemos condições de realizar estudos de caso dentro do rigor científico necessário, embora os depoimentos apresentados no último capítulo se assemelhem a estudos de caso. Reconhecemos que faltam elementos nos depoimentos que pudessem classificar tal etapa da pesquisa como a de estudo de caso.

Para Godoy (2008, p. 367) o estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objeto central de análise é o exame detalhado de um determinado fenômeno que é investigado em profundidade, e esta análise de profundidade não foi realizada. A escolha da unidade a ser investigada foi realizada por ser o campo mais facilmente observável. Considera importante a preservação do interesse individual do estudo pelo específico, envolvendo o estudo em profundidade de um simples evento ou de uma série de eventos que se relacionam, ocorrido em período definido de tempo. A partir deste evento, procurou-se responder às questões “como” e o “por quê” da ocorrência de certos fenômenos.

Os relatórios produzidos se apresentam com um estilo mais informal, narrativo, ilustrado com citações, exemplos e descrições, não buscando a padronização de um único estilo de apresentação dos resultados, sendo uma característica deste tipo de estudo. Foram organizados a partir de trabalho de campo e envolveu a obtenção e a organização das informações consideradas relevantes para o estudo. Os dados coletados em relação ao fenômeno estudado foram obtidos por meio de observação no local, ou seja, em aulas de prática com os alunos.

Diante desta exposição dos diferentes métodos de pesquisa, reconhecemos que, embora a pesquisa tenha utilizado elementos de quase todos os métodos aqui mencionados, ela não pode ser definida por nenhum deles exclusivamente. Como a quantidade de

documentos e a análise dos documentos realizada é proporcional à quantidade de referências bibliográficas utilizadas, consideramos que a análise documental é o que predomina na pesquisa e a observação participativa nos coloca na categoria de pesquisa qualitativa no último capítulo.

Nosso desejo é que a pesquisa ofereça contribuições para médicos, estudantes de Medicina, preceptores, profissionais da saúde em geral que estejam interessados em transformar as relações que se dão no encontro desses profissionais no contexto do serviço de forma a contribuir nas mudanças das práticas do cuidado em saúde.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Problematizar o ensino de Medicina Social do curso de Medicina de uma instituição privada.

1.1 Objetivos Específicos

Explorar na trajetória da medicina preventiva, medicina social e saúde coletiva os elementos que tratam das práticas médicas.

Explorar a capacidade da Política Nacional de Humanização para enriquecer a problematização da prática no contexto da disciplina.

Explorar a partir de texto sobre determinantes da prática médica elementos para a problematizá-la no contexto do ensino.

Analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014 e o Projeto Pedagógico de um Curso de Medicina no que tange as práticas.

Refletir sobre vivências em uma disciplina de Medicina Social de um curso médico.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE COLETIVA

Neste capítulo apresentaremos Saúde Coletiva num desmembramento conceitual e histórico. Em primeiro lugar descreveremos os conceitos de Medicina Científica, Medicina Social, Medicina Preventiva para, por fim, definirmos o que é Saúde Coletiva. Neste processo faremos uma síntese histórica do surgimento dos movimentos que deram origem a este campo de conhecimento e, por fim, discutiremos a relevância destas mudanças de conceitos e das práticas médicas resultantes para o exercício da medicina social nos dias atuais.

2.1 Os conceitos presentes

Os principais conceitos desta recuperação histórica são os de Modelo Biomédico, Medicina Preventiva, Medicina Social, e Saúde Coletiva.

Os modelos de prática medicinal que existiam na Antiguidade eram muito vinculados à mística religiosa. Desde o Antigo Egito, o cuidar de doenças estava relacionado com a prática da religião e os “médicos” da época eram também sacerdotes religiosos. Não por acaso os preceitos de medicina preventiva nestas épocas vinham prescritos em livros religiosos. Três exemplos famosos são os escritos sagrados dos Egípcios desde 2500 AEC quando tratavam os cadáveres no sistema de mumificação, passando pelos Hebreus e as normas de saúde pública contidas nos escritos sacerdotais do Levítico até a medicina Persa, com muitos preceitos ditados pela religião do Zoroastro. Até mesmo durante a Idade Média esta vinculação da saúde pública com atuações dos deuses ainda era considerada válida, haja visto que as pragas e pestes ocorridas neste período eram vistas como castigo de Deus. Demorou tempo para que se pudesse perceber os agentes de contaminação que poderiam ser controlados por procedimentos humanos (MARIANNO, 2011; SALLES, s.d.).

É Koifman quem nos informa que:

O deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna e a arte de curar indivíduos doentes para disciplinar as doenças supôs uma passagem histórica que iniciou com o Renascimento, final do século XV, e foi até o início do século XVI. O movimento de ruptura de se conceber o organismo humano se deu com a anatomia e

instaurou uma nova racionalidade médica, moderna, que tinha como práxis fundamental o mecanismo fisiologista do período clássico. Nessa concepção, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), e a forma humana passou a ser vista como máquina. Ocorreu então (...) a transformação da prática clínica. Os hospitais passaram a ser organizados como espaço clínico de uma ciência das entidades patológicas. O corpo humano tornou-se, então; a sede das doenças e as doenças, entidades patológicas (KOIFMAN, 2001, p. 51).

O Modelo Biomédico: Também chamado de Paradigma Biomédico Flexneriano ou Relatório Flexneriano, foi fruto de uma profunda reforma no ensino médico na América do Norte ocorrido no início do século XX.

Medicina Social é uma medicina que tem o domínio da tecnologia do corpo social, sendo vista como uma prática social com poder de intervir sobre a sociedade e sofrer intervenções da mesma. Foucault a define como uma medicina que:

... tem como background uma certa tecnologia do corpo social; (...) é uma prática social que somente em um dos seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-paciente, (...) ela intervém sobre a sociedade e sofre as influências desta, mesmo quando atua sobre os indivíduos (FOUCAULT, 2014, p.144).

Medicina Preventiva é um conjunto de práticas médicas que surgem nos Estados Unidos, que se estabeleceu como um modelo crítico e alternativo ao Modelo Biomédico. A Medicina Integral foi o movimento social que originou às bases da disciplina de Medicina Preventiva quando chegou à América Latina e pretendia reordenar as práticas especializadas (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 208).

Saúde coletiva é definida como:

... a área do saber que busca entender a saúde-doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como o ser social e histórico e o exercício das ações de saúde como uma prática social permeada por uma prática técnica que é simultaneamente social, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas (PAIM; ALMEIDA- FILHO, 2014, p. 7).

Pensar sobre Saúde Coletiva como um campo científico e social, traz algumas inquietações e incômodos diante da diversidade de conceitos presentes na extensa literatura que versa sobre o tema das quais selecionamos um pequeno recorte. A importância da compreensão histórica do desenvolvimento deste campo de conhecimento nos ajudará no entendimento dos processos de saúde – doença na sociedade nos capítulos adiante.

Nunes (2015, p. 11) estabelece que existem várias tensões epistemológicas para se definir o campo, porém as características de interdisciplinaridade mostram que não há uma única teoria que unifique o conjunto de objetos de estudo da Saúde Coletiva.

Campos (2000, p. 225) identifica a Saúde Coletiva como um pedaço do campo da saúde. Afirma que há uma tendência a confundir a Saúde Coletiva com todo o campo da saúde, o que resulta na fragmentação e enfraquecimento da Saúde Coletiva enquanto campo de saber e de prática. Sugere que todas as profissões de saúde deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da Saúde Coletiva.

Considera o campo da Saúde Coletiva em dois planos: o plano horizontal que propõe a transformação de saberes e práticas de outros agentes por meio da Saúde Coletiva. No plano vertical, propõe a existência de uma área específica de Saúde Coletiva com propósito de intervenção, ou seja, especialistas com mais conhecimentos generalistas que produzam saberes mais sofisticados na área e que possam intervir em situações mais complexas, de modo que os dois possam estar associados.

No entanto, tomaremos como base a definição de Saúde Coletiva como campo de conhecimento proposta por Paim e Almeida-Filho quando apresentam-na como um:

... campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as Ciências Sociais em Saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 63).

Esta definição é significativa, pois apresenta a Saúde Coletiva como um campo de encontro entre vários saberes contidos no sistema de saúde.

2.2 Revisitando a História da Saúde Coletiva

Falar de História da Saúde Coletiva nos leva a este “resgate” de seus sentidos, pois o conhecimento histórico permite a compreensão de todo o movimento social que influenciou na construção do processo de saúde-doença que envolve a população e que nos mostra a influência da Medicina Social e depois da Medicina Integral e Preventiva.

Não pretendemos resgatar aqui todo o contexto histórico deste processo de construção, mas trazer ao entendimento que o modelo de saúde pública se constitui a partir das últimas

décadas do século XIX, surgindo como um modelo básico da saúde pública, mas que não conseguiu explicar as doenças crônicas e as doenças por causas psicológicas.

A primeira mudança de conceitos e práticas evolutivas da Modelo Biomédico até o seu desdobramento em Saúde Coletiva está ancorada no Século XIX na Europa, onde predominava o modelo clássico da medicina que era praticado também nos Estados Unidos. Com o surgimento e o desenvolvimento da Sociologia e da Psicologia como campos de conhecimento na Europa, a medicina também foi afetada.

Osmo e Schraiber (2015, p. 209) fazem menção de George Rosen (1983) que ao estudar o contexto de saúde dos países da Europa nos meados do século XIX, afirmou que os problemas sanitários nas cidades europeias eram oriundos das transformações que advinham do processo de industrialização. Ele mostra que a administração pública, ávida por aumentar o poder e a riqueza nacional e, diante da perda de produtividade do trabalho em relação à doença e à morte trouxe uma nova compreensão do trabalho não realizado como um problema econômico.

Este contexto motivou o surgimento da intervenção pública a nível nacional para a manutenção da saúde. Isso gerou inquietação dos estados alemães que, alertados quanto às consequências dos problemas de saúde na população, desenvolveram uma organização de fiscalização de saúde denominada Polícia Médica, que implementou um exame metódico e preciso dos problemas de saúde sob o ponto de vista social. A Polícia Médica reconhecia o Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos, agente fiscalizador da sua aplicação e associou as práticas de saúde à superestrutura jurídico-política da sociedade (OSMO; SCHRAIBER, 2015; NUNES, 2015; PAIM, 2014).

Paim (2014, p. 4) mostra que a Polícia Médica era atribuição da administração do Estado no século XVII na Alemanha. Esse Estado intervia no bem-estar da população geral através de programas públicos de saúde, implementando ações como aplicação do regulamento da educação médica, supervisão de farmácias e hospitais, prevenção de epidemias, combate ao charlatanismo e esclarecimento ao público.

A ideia da Medicina Social surgiu com Jules Guérin em 1848, defendendo o monopólio da profissão médica sobre o saber e a prática médica. Ele foi um dos primeiros autores a utilizar este termo.

Em lugar de aplicações vacilantes e isoladas agrupadas em títulos como polícia médica, higiene pública ou medicina legal, chegou a hora de reunir estes fatos dispersos, regularizá-los em um todo e de leva-los à sua significação mais elevada, sob o nome, mais apropriado para suas funções de medicina social (GUÉRIN, 1848, p. 183 apud NUNES, 2005, p. 15).

Ao mesmo tempo em que surgiu a Polícia Médica na Alemanha, na França surgiu outras vertentes da mesma preocupação: a Medicina Urbana, e na Inglaterra, a Medicina da Força de Trabalho, ambas também propunham intervenções públicas na saúde dos operários, mas além disso encaminhavam mudanças na infraestrutura social mais ampla do que aquelas propostas na Alemanha.

O movimento de Medicina Social, ocorrido em diferentes partes da Europa, influenciou a França na primeira metade do século XIX, pré-anunciando a ideia de serviço público em saúde e de utilidade social, produzindo novos caminhos na relação entre saúde, medicina e sociedade (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 209). Após a Revolução Francesa, a visão de saúde e bem-estar estava constantemente nas preocupações dos governos revolucionários, por isso floresciam as associações entre as Ciências Sociais e a Medicina.

A identificação das condições de vida oriundas do processo de industrialização, assim como as condições dos trabalhadores e o contexto social em que eles viviam favoreceram a formulação de novos vínculos entre a saúde e a sociedade.

Os movimentos revolucionários na Europa durante a década de 1840 possibilitaram que a saúde e a doença passassem a ser tratadas com caráter social, mas isto não foi à frente, encerrando rapidamente na Alemanha e na França. “As revoluções de 1848 surgiram e quebraram-se como uma grande onda, deixando pouco exceto mito e promessa” (NUNES, 2005, p. 16). Apesar disto, houve o reconhecimento e valorização da luta dos operários e o fim das tradições monárquicas com direito divino na sucessão das dinastias foi significativamente marcado por melhores condições de saúde da população.

Aqueles que defendiam a saúde como questão política e social na Europa foram sufocados com as derrotas que sofreram nas Revoluções de 1848. O movimento ideológico da reforma médica e sua concepção da reforma da saúde como ciência social foi transformado num programa mais limitado de reforma sanitária derrubando os aspectos de melhoria nas infraestruturas sociais. Emergem neste período as investigações bacteriológicas de Robert Koch e Pasteur contribuindo para a visão da medicina como uma profissão orientada para a doença e não para as pessoas.

Este retrocesso na França foi oportunidade para que na Alemanha surgissem Salomon Neumann e Rudolf Virchow, propondo, ao invés da Polícia Médica, a Medicina Social como proposta de intervenção nacional, voltada para reforma da saúde. Estes são os precursores da noção de que:

a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, enquanto isto não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação (ROSEN, 1963, p. 20 apud NUNES, 2005, p. 16).

Como precursores deste novo modo de pensar inovaram na proposta de uma Medicina como Ciência Social apresentando alguns princípios:

1º - a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros 2º - que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente 3º - que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas (NUNES, 2015, p. 13).

Na segunda metade do século XIX houve um processo de valorização social, e ao mesmo tempo um forte direcionamento da prática médica inspirados nas descobertas de Koch e Pasteur, o que provocou, partir de 1860, o surgimento da “revolução científica” na Medicina (revolução biomédica), promovendo outra maneira de compreender os processos das doenças (NUNES, 2005, p. 17).

A revolução biomédica possibilitou a revolução teórica de um lado e a medicalização da sociedade por outro, criando leis na saúde pública, institucionalizando o ensino e atuando no plano político e social. Esta revolução na medicina contribuiu para a compreensão do processo saúde-doença por meio dos agentes etiológicos. A revolução provocou mudanças nas leis sobre a saúde pública e influenciou no ensino. A medicina passou a atuar no plano político e social, o que antes não era possível (NUNES, 2005, p.17).

Em 1881 a Medicina Social ficou reconhecida com a criação do primeiro curso de Medicina Social na Europa em Munique. Posteriormente surgiram outros cursos como o de Harvard em 1913 e John Hopkins em 1916.

Outro fator que chama atenção neste período é a intensidade dos estudos associados às contribuições das Ciências Sociais enriquecendo as práticas médicas. Emerge a construção de um modelo no qual a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e o sistema de atenção à saúde. Isso possibilitou a abertura de estudos sobre a doença, estudos de comunidades, a análise da prática médica e os avanços das teorias interacionistas e dos estudos marxistas, saindo do campo apenas biológico e interagindo com outras ciências, como veremos adiante no capítulo 4 desta pesquisa (NUNES, 2005, p.18).

2.3 Medicina Integral

Antes de falarmos da Medicina Integral precisamos compreender que ela é um desdobramento conceitual e prático do modelo Biomédico mencionado anteriormente.

Abraham Flexner foi um pesquisador social e educador norte americano de origem judaica, contratado pela Carnegie Foundation, que realizou a primeira grande avaliação sobre o ensino médico em 1910, verificando a qualidade dos profissionais formados em diferentes escolas, avaliando cerca de 155 escolas médicas. Voltado para a base científica da medicina, a partir do conhecimento e da prática profissional, ele identificou a necessidade de formação do aluno em ciências gerais e em ciências básicas, complementado por práticas clínicas hospitalares conjugadas à investigação laboratorial (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 5; KOIFMAN, 2001, p. 56).

Almeida-Filho (2010, p. 2235) sob o ponto de vista conceitual, aponta alguns elementos que são refletidos no ensino da medicina até os dias de hoje, a saber: perspectiva biologicista da doença, a formação laboratorial no ciclo básico, a formação clínica em hospitais, o estímulo a disciplinabilidade, numa abordagem reducionista do conhecimento, além de pedagogicamente ter contribuído para um ensino massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização na formação do profissional em saúde.

A avaliação feita por Flexner contribuiu para reavaliar as bases científicas da medicina redefinindo o ensino e a prática, fortalecendo pesquisas sobre doenças infecciosas e a separando o individual do coletivo, o privado do público, o biológico do social, o curativo do preventivo, ou seja, imprimiu à medicina características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização, enfatizando a medicina curativa e a exclusão de práticas alternativas.

Diante disto, na década 1940 uma crise na medicina nos Estados Unidos se estabeleceu em função do aumento nos custos das práticas médicas decorrentes da implementação das diretrizes flexnerianas. Neste momento a medicina já estava extremamente especializada e fragmentada. Dessa forma, surgem propostas de mudanças no ensino médico com a apropriação da ideia de prevenção, discussão esta que surgiu nos

Organismos Internacionais do campo da saúde, favorecendo mudanças das formas de ensinar medicina de várias faculdades norte-americanas (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 208).

Osmo e Schraiber (2015, p. 208) acrescentam, sobre a crise da medicina na década de 40 nos Estados Unidos, a noção de preventivismo que passou a fazer parte do ensino médico e isto reformulou a educação de várias faculdades norte-americanas na década de 1950. Os organismos internacionais que se apropriaram deste novo conceito o reconheceram como Medicina Integral, criando a disciplina de Medicina Preventiva, que passou a integrar currículos de formação médica.

Na América Latina o “projeto preventivista” surgiu na segunda metade dos anos 1950, no Chile e no México, patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. O projeto de disciplinas no curso de medicina aparecia vinculado a um plano pedagógico que propunha a inclusão de temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística no sistema de formação médica (NUNES, 1994, p. 15). Este projeto corroborava as críticas realizadas pelo Relatório Flexneriano, que evidenciava a biologização do ensino, centrada em práticas individualizadas no hospital. O “projeto preventivista”, entretanto, buscava, inserir conhecimentos que pudessem dar uma visão mais ampla do indivíduo. A partir daí, foram buscadas mudanças no ensino que proporcionassem ao futuro médico a compreensão do indivíduo como um todo. Essa ideia possibilitou a composição da integralidade bio-psico-social, que havia sido fragmentada nas educações anteriores. A proposta sugeria que cada médico fosse o “principal recurso transformador da forma de prestar assistência à população”, mas isso não ocorreu, acarretando somente, a inclusão de uma única disciplina curricular de ensino da prevenção (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 208).

Pinheiro e Mattos (2001, p. 44) trazem a discussão da integralidade associada à medicina integral. Os autores referem que o primeiro sentido da integralidade está associado ao movimento que ficou conhecido como Medicina Integral, e não a uma Medicina Preventivista. Este movimento faz críticas as atitudes de médicos especialistas, que viam seus pacientes de maneira cada vez mais fragmentada, reducionista, exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. A medicina deveria ir além daquilo que se queria ver especificamente. O indivíduo não podia ser visto como um sistema anatomo-fisiológico. Apresentava necessidades que poderiam ser relevantes para a compreensão das causas de seu adoecimento, do seu sofrimento e esta percepção acompanhada do cuidado influenciava na redução da queixa do indivíduo.

Isto gerou uma insatisfação com o que estava sendo produzido nas escolas médicas, um sistema que privilegiava o laboratório e o hospital como espaço de aprendizagem, mas que não atendia às demandas do indivíduo da época.

A integralidade, vista dessa forma, e a partir do movimento da medicina integral, seria uma mudança de atitudes dos médicos em relação ao paciente nas quais passava-se a considera-lo no seu contexto social e cultural. Para uma boa prática médica, trazia-se também a perspectiva do trabalho em ambulatórios e nas comunidades.

No Brasil este movimento não chegou a ser institucionalizado. Ele foi associado à Medicina Preventiva, depois chamado de Movimento Sanitário, produzindo uma renovação apenas teórica do conceito. Assim, podemos considerar que a Saúde Coletiva no Brasil surgiu a partir dos anos 70, como um campo de conhecimento que faz crítica à Saúde Pública tradicional, à proposta da Medicina Preventiva advinda do Estados Unidos e às contribuições do movimento da Medicina Social.

O Movimento Sanitário se propunha a analisar as práticas de saúde mudando o eixo interpretativo da Medicina Integral, passando-se a considerar que os procedimentos dos médicos não deveriam ser oriundos exclusivamente da formação recebida nas escolas médicas. No Movimento Sanitário, as escolas médicas deixaram de ser vistas como estratégia privilegiada de transformação de realidade na saúde. Estas discussões distanciaram a noção de integralidade em saúde como uma atitude médica desejável ou como característica da boa medicina no Movimento Sanitário.

Portanto, percebe-se que Pinheiro e Mattos (2001, p. 42) sinalizam processos importantes de diferenciação entre medicina integral enquanto medicina social e preventivismo. Ambos apresentam características que se aproximam as citações de Osório e Schraiber (2015) ao se referirem ao projeto preventista, pois apresentam uma proposta de integralidade do ser humano, de modo a não perpetua-lo como fragmentado na medicina. O bio-psico-social citado pelos autores está presente quando se fala de integralidade, mas há um deslocamento da discussão centrada numa mudança do processo de formação para uma mudança na atitude dos médicos. Desta discussão há conclusões de que só haveria mudança na prática dos médicos mediante reforma curricular no sistema de formação médica.

2.4 Medicina Social

Os movimentos que desencadearam no surgimento da Medicina Social na América Latina aconteceram no final década de 1960 e no início de 1970, tendo como foco a valorização do aspecto social, o olhar sobre a determinação dos adoecimentos e sobre as possibilidades de saúde, de prevenção das doenças e promoção da saúde, possibilitando-nos perceber uma medicina que supera os conceitos de intervenção individual ou biomédica nos quais o saber e a prática da Medicina estavam estruturados (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 209).

Na América Latina estes movimentos tiveram forte influência do médico e sociólogo argentino Juan Cesar Garcia quando atuou junto à OPAS. A atuação de Garcia contribuiu tanto no campo da Medicina Social como no das Ciências Sociais em Saúde, principalmente, seus estudos sobre as relações saúde-sociedade, por considerar imbricadas as relações entre Medicina Social, Ciências Sociais aplicadas à Saúde, Ciências Sociais em Saúde e Sociomedicina. Os estudos de Garcia provocaram o desenvolvimento de disciplinas com base nas Ciências Sociais como: Sociologia Médica, Economia da Saúde, Antropologia Médica e, baseando-se nas Ciências Médicas, em: Epidemiologia Social, Epidemiologia Crítica, Higiene Social e Nova Saúde Pública (NUNES, 2013, p. 1753).

O levantamento estrutural e histórico realizado por Garcia fortalecia uma mudança de visão da Medicina no modo como abordava o social e deu novos rumos ao pensamento social em saúde. Garcia procurou vincular a Medicina com as estruturas sociais, evidenciando a influência da análise interna da produção e distribuição da doença na produção de serviços médicos, além de associar a relação da formação do pessoal de saúde com o campo médico

As discussões teóricas sobre as associações entre saúde-sociedade foram intensas do final da década de 60 até o início dos anos 70. Em outubro de 1974 Michel Foucault, conferenciando no Rio de Janeiro sobre o tema: “O nascimento da Medicina Social” declarou que, ao contrário do que se acreditava, não foi o capitalismo que provocou o movimento da medicina coletiva para uma medicina privada, mas foi o capitalismo que levou o corpo a ser visto como força de produção, força de trabalho e objeto de controle e defendeu a noção do corpo como realidade biopolítica, entendendo o discurso de um corpo biológico não visto como indivíduo, mas como poder sobre os indivíduos, sendo a sociedade capitalista e a medicina uma estratégia biopolítica do Estado para o alcance destes indivíduos enquanto corpos (FOUCAULT, 1974, p. 144).

Ao mesmo tempo em que fazia estas declarações, ele abria o caminho para que todas as Ciências Sociais se debruçassem sobre o estudo das práticas sociais na Medicina. A Medicina Social parte da ideia da determinação social do processo saúde-doença, mas uma

parte dela também se encontra na determinação social das práticas em saúde. Essas compreensões em saúde coletiva vão gerar insumos para a discussão sobre a racionalidade médica, a medicalização da vida e os arranjos econômicos que serão discutidos no próximo capítulo.

Ideias defendendo a inserção das Ciências Sociais na Medicina influenciaram a construção do campo de Saúde Coletiva no Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida nos anos 80, em Brasília, utilizou-se destes princípios constituindo o que veio a ser o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que contribuiu de maneira decisiva na formulação dos direitos constitucionais em saúde (NUNES, 2015, p. 26).

No período anterior à VIII Conferência, desde 64, o Brasil jazia sob um sistema de Estado centralizador, burocratizado e de regime autoritário. O processo de redemocratização do país aconteceu somente a partir da segunda metade dos anos 70 de forma lenta, até que em 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal.

Quando a Constituição de 1988 foi aprovada, ela estabeleceu o Sistema Único de Saúde dentro da nova proposta política e organizacional, reordenando os serviços e ações de saúde norteando-os por três princípios – a universalidade, a equidade e a integralidade. Isso foi regulamentado pela Lei nº 8080/90 e a descentralização político-administrativa como forma de efetivar a implantação do sistema foi estabelecida.

2.5 Saúde Coletiva

O termo saúde coletiva, desde à década de 1960, era usado para referir-se a problemas de saúde na população e se apresentava em documentos oficiais como uma matéria do currículo mínimo do curso médico proposta pela Reforma Universitária de 1968. A matéria consistia de disciplinas como epidemiologia, estatística, a organização e administração sanitária, ciências sociais, entre outras. Foi por meio dos departamentos de Medicina Preventiva que esses conteúdos foram inseridos na graduação dos profissionais de saúde, como escolas de enfermagem, farmácia, veterinária, odontologia, etc. Estas disciplinas passaram a contribuir nos cursos de aperfeiçoamento e especialização das escolas de saúde pública constituindo como parte dos estudos (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 7).

Porém, foi na década de 1970, que a expressão saúde coletiva passou a ser utilizada pelos cursos de graduação em Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e

Saúde Pública a partir do primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação existentes no Brasil, que ficou conhecido como I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, em 1978. A partir daí Saúde Coletiva passou a ser definida como:

(...) um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico, e o exercício das ações de saúde como uma prática social permeada por uma prática técnica que é simultaneamente social, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 8).

Ainda existem dificuldades teóricas para se conceituar o campo de Saúde Coletiva pela sua dimensão coletivo-público-social, e esta definição ampla é fruto de muito debate. Para Nunes (2005, p. 14) esta dificuldade está no fato de “ser uma criação que transborda os limites disciplinares e que se apresenta na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais”.

Os autores que discutem Saúde Coletiva apresentam-se de modo heterogêneo e se voltam para as mais diversas disciplinas como: Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas, Filosofia e Administração. Esta heterogeneidade faz com que alguns tratem os conceitos de Saúde Coletiva e Saúde Pública, ou Saúde Coletiva e Medicina Social ou ainda Saúde Coletiva e Epidemiologia como sinônimos. A identidade da Saúde Coletiva e sua especificidade enquanto agente e como núcleo de saberes e práticas ainda é muito debatida. Destas discussões emergem termos paradigmáticos como interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade, orientando as definições para termos disciplinares (saberes disciplinares) e práticas (formas de intervenção). Luz (2009, p. 306) afirma que os atores/agentes deste domínio entre saberes e práticas ainda disputam entre si e estes conflitos são parte da construção histórico-social e do respectivo contexto cultural.

Dentre os muitos autores que abordam o tema da saúde coletiva e com diferentes enfoques usaremos as contribuições de Paim (1998, 2007, 2014), Campos (2000), Nunes (2005, 1998, 2015) e Birman (2005).

Para Birman a ideia de Saúde Coletiva:

(...) se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. (...) a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina (BIRMAN, 2005, p.12).

Não podemos deixar de reconhecer as inúmeras mudanças na construção de estratégias preventivas, mas o campo da Saúde Coletiva trouxe para a discussão a crítica à medicalização do espaço social, considerado pela Saúde Pública como uma estratégia de controle das condições de saúde da população por meio do combate as epidemias e as endemias. A Saúde Coletiva é compreendida como um grande “guarda-chuva” no sentido de trabalhar com os aspectos que levam o adoecimento, não perdendo de vista as questões epidemiológicas e a organização dos serviços. Essa questão é relevante porque o fator social foi progressivamente silenciado em prol do discurso biomédico, sendo visto como elemento secundário no processo saúde-doença (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 214).

Agregamos à esta discussão a necessidade de superação do biologismo dominante. Compreender a Saúde Coletiva como um campo científico no qual “se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos”, entende-se a Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar e não como uma disciplina científica ou como uma ciência, mas classificada em três grupos disciplinares: a Epidemiologia; as Ciências Sociais em Saúde; e a Política, Planejamento e Administração em Saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998, p. 310).

Paim e Almeida-Filho (2014, p. 3) defendem que o campo da Saúde Coletiva é um campo de produção de conhecimentos atentos à compreensão da saúde, envolvendo seus determinantes sociais, assumindo práticas orientadas para a promoção, além da prevenção, do cuidado a agravos e doenças. Deve focar não apenas os indivíduos, mas especialmente os grupos sociais, a coletividade. A interdisciplinaridade do campo Saúde Coletiva, por sua constituição multiprofissional, não é só constituída por médicos, mas inclui outros profissionais que contribuem para sua construção como: enfermeiros, odontólogos, cientistas sociais, bem como os engenheiros, físicos e arquitetos que apesar de serem de outras áreas de conhecimento enriquecem o conhecimento no campo.

Akerman e Feuerwecker (2015, p. 171-172) afirmam que a saúde coletiva é núcleo de saberes e de práticas sociais que têm por objeto o conjunto das necessidades sociais, e que “dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais, face as questões de saúde/doença e da organização da assistência”. Tudo que é saúde do público está também relacionado à Saúde Coletiva e abrange:

(...) o meio ambiente; o saneamento; as condições de trabalho; as condições de produção e comercialização dos alimentos; o impacto das diferentes maneiras de viver sobre a saúde das pessoas e das populações; a promoção da saúde; a prevenção das doenças; as maneiras como se organizam o sistema, os serviços e o cuidado à saúde das pessoas; o controle sobre a produção e a

prescrição de medicamentos; o estudo e o controle sobre comportamento das doenças na população; a educação e a informação em saúde; os modos de governar e planejar a saúde, envolvendo a participação de diferentes atores sociais; a saúde como direito do cidadão; a saúde como direito do consumidor; as maneiras como os distintos segmentos sociais compreendem a saúde, a doença e a morte e como se organizam para inferir sobre elas – nas cidades e nas regiões rurais – são exemplos relacionados às necessidades sociais de saúde (AKERMAN; FEUERWEKER, 2015, p. 171-172).

Foi apenas a partir do I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva realizado em 1972 na cidade de Salvador que a expressão Saúde Coletiva tornou-se marco conceitual na orientação do ensino, pesquisa e a extensão em Saúde Coletiva.

Partindo da ideia de que saúde-doença é um processo estrutural e social, que entende que o homem é um ser social e histórico, e que compreende a prática social como exercício das ações de saúde sofrem influências também econômicas, políticas e ideológicas. A partir da conferência, foi construída a declaração que define os aspectos a seguir dos quais já destacamos o item (c) no princípio deste tópico:

- a) A saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, apresentando, portanto, uma historicidade.
- b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.
- c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os determinantes. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento, e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações.
- d) O ensino da Saúde Coletiva envolve a crítica permanente dos sucessivos projetos de redefinição das práticas de saúde surgidos nos países capitalistas, que têm influenciado a reorganização do conhecimento médico e a reformulação de modelos de prestação de serviços de saúde: Reforma Sanitária, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária.
- e) O processo ensino-aprendizagem não é neutro. Representa um momento de apropriação do saber pelo educando e pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção.
- f) O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão de suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.
- g) A participação ativa e criativa do educando e do educador no processo ensino-aprendizagem pressupõe o privilegiamento de uma prática pedagógica fundamentalmente dialógica e antiautoritária, na qual o aluno não se limita a receber conteúdos emitidos pelo professor. Ou seja, tanto o aluno como o professor aproveitam-se do momento para problematizar a realidade, o modo de pensá-la e o próprio processo de produção-transmissão-apropriação do conhecimento.
- h) O ensino da Saúde Coletiva remete a uma concepção ampla de prática. Nela se incluem a prática técnica, a prática teórica e a prática política, entendidas como dimensões da prática social. Nessa perspectiva, as práticas exercidas pelos alunos e professores tendem a se articular com os movimentos mais amplos das forças sociais.

i) O conceito de **inserção** (grifo do autor) no complexo de saúde admite a participação de docentes e discentes em distintos níveis político- -administrativos, técnico-administrativos e técnico-operacionais. A análise das práticas de saúde desenvolvidas pode delinear como prática pedagógica a prática das mudanças no complexo de saúde.

j) O conceito de **participação em saúde** (grifo do autor) transcende o envolvimento dos grupos interessados no âmbito do planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde. Esse conceito passa pela democratização da vida social, o que implica a ação organizada sobre o processo político (PAIM, 1998, p.18-19 apud PAIM, 2014, p.8).

Em todas estas definições acentua-se Saúde Coletiva numa pluralidade de concepções identificadas em campos interdisciplinares, com as características apresentadas pelos autores e ao mesmo tempo a diversidade de seu alcance social. O que destacamos é que a reflexão sobre as práticas tem a real capacidade de produzir conhecimentos que produza, de fato, “uma saúde melhor para todos”.

2.6 Desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil

A proposta para o desenvolvimento da Reforma Sanitária foi um dos primeiros caminhos apontados para a construção da Saúde Coletiva no Brasil. Ele vinha no bojo dos movimentos de democratização da época, resultado de um movimento de mudança mental da sociedade brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde, junto com outros movimentos reivindicatórios por uma Reforma Social e contra a ditadura no Brasil. Considera-se como Reforma Social, de acordo com alguns princípios constitucionais, a democratização da saúde; a democratização do estado e a democratização da sociedade (PAIM, 2007, p. 151).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES contribuiu para a institucionalização destes princípios, ficando reconhecido como o primeiro protagonista institucionalizado do movimento sanitário brasileiro que contribuiu para a socialização da produção acadêmica crítica, apresentando “a discussão sobre a questão da democratização da saúde, constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (PAIM, 2007, p. 75).

Assim como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, criada por docentes, pesquisadores e pessoal de serviço presentes à I Reunião sobre a Formação e utilização de Pessoal de nível Superior na Área de Saúde Coletiva, evento que aconteceu em Brasília, em 27 de setembro de 1979 organizado pelos Ministérios da Educação, Saúde,

Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde. Foi um referencial importante no processo de formação na saúde coletiva, pois havia um grande interesse acadêmico em mudanças no sistema de saúde (NUNES, 2015, p. 27).

Toda a mobilização em prol da Reforma Sanitária Brasileira aumentou anseios para o desenvolvimento de uma Saúde Coletiva no Brasil. Doravante faremos um alinhamento deste processo, mencionando alguns movimentos políticos e sociais que ocorreram naquele momento e foram determinantes para a formação do quadro atual.

Houve nos anos 70, no Brasil, um movimento intenso contra ditadura e pela reforma social e o CEBES e a ABRASCO trouxeram discussões significativas naquele momento. Pesquisadores e profissionais de saúde articularam-se em encontros como I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde e a Reunião sub Regional de Saúde Pública da Organização Pan-americana de Saúde/ Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP) em 1978, defendendo a formação dos profissionais em nível de pós-graduação para a área da saúde, assumindo uma posição política e técnica que compreendia a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. A motivação destes grupos era a luta pela Reforma Social citado por Paim (2007, p. 75) em que cita a democratização da saúde, do Estado e da sociedade.

Embora estas concepções de saúde tivessem sido apresentadas aos departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou equivalentes, a influência do Preventivismo (como visto antes) era forte. As críticas às noções e propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária formuladas no Brasil e em outros países latino-americanos, levaram algumas instituições a reforçarem as noções da Medicina Social conforme desenvolvidas na Europa durante o século XIX. O cenário ideal para a reforma da saúde começa a surgir no Brasil por meio desta dialética. Por isso, a Saúde Coletiva surge no Brasil a partir da crítica aos movimentos da medicina preventiva, comunitária e ao sanitarismo institucional, conceitos que eram assumidos pela Reforma Sanitária e desenvolvidos pela Academia. Assim, a determinação social das doenças e os processos de trabalho em saúde, tornaram-se determinantes para o encaminhamento de propostas para mudanças.

A doença passou a ser vista para além das questões biológicas e ecológicas, sendo fortalecida a noção de fenômeno da saúde e da doença. A reflexão sobre saúde enveredou por este viés marxista por ser uma área na qual são natural e necessariamente associadas a teoria e a prática. A produção teórica sobre Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina realizaram a “ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do

Estado, criação do SUS, participação popular e constituição e ampliação do orçamento social” (PAIM, 2008, p. 95).

A Reforma Sanitária passou a ser vista como um projeto reformador e crítico sobre as necessidades de saúde culturalmente dadas diante do modelo assistencial em vigor. A proposta de um plano triplo de ideologia, saber e prática se consolidou a partir dos encontros e eventos promovidos pela ABRASCO e CEBES, apoiados pelo Movimento da Saúde Coletiva. A crítica era feita à satisfação na assistência médica embasada no modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços, e elitista no acesso. Na Saúde Pública compreendia-se como modelo da educação sanitária de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção.

O percurso histórico da Saúde Coletiva configura que ainda há muito caminho a ser percorrido. Muitos autores com variadas abordagens criam uma fragilidade nos encaminhamentos epistemológicos. O que se pode dizer, é que a Saúde Coletiva está na composição de um campo de conhecimentos que é muito vasto em relação as questões sociais que necessitam ser revistas por estarem acompanhando os fenômenos sociais que se apresentam no cotidiano dos serviços, não acima, mas ao lado destes. É necessária uma maior reflexão sobre os aspectos político-administrativos, com maior aprofundamento no campo científico. Esta complexidade da dimensão da saúde coletiva como campo epistemológico nos remete a Bourdieu (1983, p. 27) quando fala do estudo de campos sociais como um espaço de relações objetivas que acontecem a partir das posições que os agentes ocupam nesse espaço, como elas são reproduzidas e da correlação de forças existentes nesta dinâmica.

Neste capítulo vimos o percurso histórico da Saúde Coletiva, passando transversalmente pelas noções de Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Integral até chegar na forma como a Saúde Coletiva é compreendida e vem se desenvolvendo no Brasil.

Um desdobramento natural dos temas debatidos no campo da Saúde Coletiva foi o das práticas de Humanização orientadas pela Política Nacional de Humanização que foi proposta para ser implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), visando um repensar sobre as práticas de saúde no contexto do serviço. No próximo capítulo conheceremos o que é a Política e como surgiu.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

No capítulo anterior vimos um panorama do desenvolvimento histórico do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Compreendemos que todos os movimentos estudados anteriormente serviram para construir o cenário para a implantação da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde. Neste capítulo descreveremos do que trata a humanização e as políticas que contribuíram para a sua formulação e implementação no sistema de saúde. Embora breve, este é um capítulo de transição. A partir dele compreenderemos o que nos propõem os demais capítulos do trabalho uma vez que os problemas levantados no capítulo 3 nos conduzirão para uma leitura crítica dos processos de formação médica nas faculdades de medicina e uma revisão dos currículos para que a humanização ocorra na prática.

3.1 A Humanização como Política Nacional

Para abordar a perspectiva de humanização na saúde coletiva, precisamos, primeiramente considerar o conceito de humanizar em termos etimológicos, e se refere a adquirir condição humana, torna-se benévolo, tolerável e sensível, restringindo a ideia de um ser humano como um “bom humano” (HOUAISS, 2010). Mas quando nos reportamos à expressão humanização no contexto da saúde, percebemos uma concepção para além da visão do ser humano benevolente.

Heckert, Passos e Barros (2009, p. 496) mostram que o conceito de humanização é polissêmico, comportando diversos enunciados sendo permeado por imprecisões, resultando na constituição práticas de gestão e de modelos de atenção que nem sempre estão em consenso. Descrevem que os sentidos utilizados com frequência em discussões com profissionais de saúde e usuários sobre o tema estão relacionados ao:

(...) tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde. Outros sentidos também são evocados, tais como: acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS, valorização do trabalhador, dentre outros (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 496).

Os autores evidenciam a percepção dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, apresentando uma perspectiva dos valores em defesa da vida que necessitam ser considerados no cotidiano dos serviços, além de uma estrutura organizacional que permita processos de trabalhos voltados para a humanização das práticas, que contribuam para construção de novos modos de fazer e gerir saúde, que promovam o cuidado dentro da lógica da integralidade em saúde como valores que merecem ser defendidos num processo contínuo e cotidiano de lutas por transformações nas práticas dos cuidados em saúde. Neste contexto é que se insere a discussão da humanização das práticas apontadas pela PNH que abordaremos a seguir.

O sistema de saúde brasileiro foi formado e funcionou, ao longo do século XX, com características de dicotomia entre a saúde pública e a assistência médico-hospitalar, pois baseava-se no movimento das campanhas sanitárias por um lado, e na filantropia, na medicina liberal e na medicina previdenciária por outro e posteriormente nas empresas médicas. Não havia no Brasil um reconhecimento dos direitos sociais de forma universal (PAIM, 2008, p. 94).

Somente a partir da Era Vargas introduziu-se o direito à assistência médica aos trabalhadores urbanos com a carteira de trabalho assinada. Aos trabalhadores rurais houve uma extensão desse direito por meio do Fundo de Apoio do Trabalhador Rural (FUNRURAL), que se apresentava mais como uma concessão do que um direito. O mesmo princípio se aplicava às populações rurais e das periferias urbanas por meio dos Programas de Extensão de Cobertura (PRCs), Ações Integradas de Saúde (AIS) e ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O sistema de saúde vigente se apresentava como: “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz, autoritário, centralizado, corrupto e injusto” (PAIM, 2008, p. 94).

Esse movimento contribuiu para a produção de princípios básicos do direito à saúde com a sua inserção na Constituição Federal de 1988, na qual se reconhece, em seu Art. 196, a saúde como:

(...) direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem a 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, constituindo no sistema único de saúde considerando em suas diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 118-119).

A implantação do SUS, ao longo dos anos noventa, foi orientada, sobretudo pela diretriz da descentralização e deixou muitas questões em aberto sobre a qualidade dos serviços.

Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde teve como temática “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Com isto abriu-se uma possibilidade concreta funcionar no Sistema Único de Saúde as noções de uma sociedade mais justa e solidária, a defesa de valores como: democracia, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado, o que levaria o usuário do sistema de saúde a ser visto não apenas como um simples cliente ou usuário dos serviços, mas como sujeito, o que gerava possibilidades de se fazer uma política de inclusão com base nos princípios éticos, respeito às diferenças, nos movimentos sociais e no Estado (PASCHE et al., 2011, p. 4542).

Um pouco antes da conferência, algumas ações sobre humanização no campo da saúde já tinham tomado forma e estavam sendo implementadas como programas, por exemplo: a Carta ao Usuário (1999); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); o Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (2000); a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. Entretanto, estas medidas não contemplavam os problemas na qualidade do atendimento à saúde de usuários e trabalhadores e eram pouco valorizadas pela maioria dos gestores e profissionais. Já se falava em esgotamento e falência do SUS e fortes críticas eram dirigidas às propostas humanizantes então, efetivamente, os modelos de atenção e gestão não mudavam (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

3.2 A criação da PNH

O Estado, cumprindo seu dever constitucional na saúde, tentava promover melhor qualidade da atenção e da satisfação do usuário em processos mais humanizantes, sem, todavia, ter clareza sobre como envolver simultaneamente o gestor, o trabalhador e o usuário. As propostas, embora importantes, se apresentavam fragmentadas, com imprecisão e fragilidade do conceito de humanização, associando-a ao voluntarismo, ao assistencialismo,

ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo na proposta gerencial, na racionalidade administrativa e na qualidade total, o que impunha a necessidade de revisão de seu processo metodológico e conceitual (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Reconhecendo a necessidade de implementar humanização no sistema público de atendimento a saúde, em 2003 a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi apresentada pelo Ministério da Saúde e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. Esta política ficou conhecida no SUS como HumanizaSUS. A PNH foi criada para:

Enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e dignidade no cuidado em saúde, (2) redesenhar e articular iniciativa de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzidos reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4542).

Somente em 2004 a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde foi reconhecida como política pública, estabelecendo princípios e diretrizes que norteiam as práticas de saúde com o firme propósito de “investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (BRASIL, 2004, p. 8). Ou seja, investia-se na capacidade de transformação do modelo de gestão e de atenção por meio do fortalecimento das relações que se processam entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH possui uma especificidade que a difere das demais políticas, que é o seu caráter transversal. Seus princípios, diretrizes e dispositivos se encontram presentes nas legislações das demais políticas, áreas técnicas e departamentos.

Dário Frederico Pasche era representante do Ministério da Saúde e contribuiu na formulação desta política propondo uma construção ousada de uma Política Nacional de Humanização que investisse na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e de cuidar, inovando e renovando o teor do debate referente à subjetividade das relações que se dão no cotidiano das práticas inseridas no processo de trabalho de gestores, trabalhadores e usuários que se articulam.

Pasche (2009, p. 705) apresentava uma proposta ético-política, voltada para a reflexão das ações práticas no sentido de qualificar os serviços para a defesa da vida, melhorando as relações do viver em sociedade. Sua proposta contemplava princípios, métodos, diretrizes e dispositivos articulados com modos de gestão, de atenção, transversalização de saberes,

poderes e afetos acreditando na autonomia e protagonismo dos sujeitos. Ou seja, sugeria ferramentas que promoviam o entendimento de como as ações individuais e coletivas se integravam para a construção de novas realidades da prática do cuidado e integralidade da atenção. Propunha a adoção da tríplice inclusão de todos os sujeitos nos arranjos, processos, dispositivos de gestão, coletivos, redes, movimentos sociais e analisadores sociais na clínica e na saúde coletiva como um método para melhorar a qualidade da assistência e como uma estratégia de compreensão dos processos envolvendo os sujeitos que transformam as realidades.

O Ministério da Saúde trabalhava para a melhoria dos processos coletivos, preocupado com a organização do serviço, ainda que fortalecendo o neoliberalismo. Aqui cabe um adendo esclarecendo a noção de neoliberalismo. O sistema neoliberal que vivemos nos dias atuais é que manipula o estabelecimento de ações governamentais, que se mantém ligadas à lógica organismos financeiros internacionais, principalmente, na América Latina. Esse contexto se reflete negativamente nas práticas de saúde. O sistema neoliberal, não é apenas um modo de governar, mas um modo fabricado pelo capitalismo mundial, tendo como parâmetro a economia de mercado e por meio dela formata os poderes de Estado e formas de organização da sociedade: “parte-se de economia de mercado para conformar o Estado e reformar a sociedade” (FEUERWERKER, 2014, p. 73).

Goulart e Chiari (2010, p. 257) reforçam esta preocupação, pois embora a PNH vise mudanças no olhar sobre o cuidado para com o outro melhorando a qualidade da atenção, não se pode dizer o mesmo sobre as questões político-econômicas contemporâneas, que deixaram de lado a preocupação com o bem-estar da população e estão concentradas na capacidade de produzir crescimento ou estabilidade monetária sem que isso se reflita em melhorias das condições de vida das pessoas.

A cartilha do Ministério da Saúde sobre a política HumanizaSUS, indo na contramão da proposta neoliberal, aponta a atenção básica como cenário privilegiado de ensino-aprendizagem, sendo campo de prática em vias de consolidação, devendo ser continuamente transformada a partir das experimentações concretas, inclusive pelo ensino formal (ensino técnico, de graduação e pós-graduação), com o propósito de fortalecer a Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde, um estímulo importante envolvendo a formação para mudança das práticas (BRASIL, 2004, p. 11).

A humanização se inscreve no SUS como uma política em 2004, por meio da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, norteadora das práticas de atenção e gestão em

todas as instâncias do SUS, com premissas do Governo Federal embasadas nas mudanças constitucionais de 1988 e na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

3.3 Princípios e Diretrizes da PNH

A Cartilha e os cadernos de textos da PNH definem humanização como:

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010c, p. 9).

Esse direcionamento é importante para compreender uma política pública voltada à integralidade, à universalidade, à busca da equidade atrelada a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas e está articulado ao campo do ensino médico.

A PNH propõe a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado como método nos processos de trabalho. A inquietação provocada pela aproximação e envolvimento destes sujeitos é considerada como necessidade para que haja produção de saúde e como motor para as mudanças. Para a PNH, humanizar significa,

a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

Na PNH a humanização é uma ou um conjunto de práticas que vão além do conceito filosófico de humanismo. Proporciona mudanças pois parte dos 3 sujeitos envolvidos, resultando em novos modos de cuidar da pessoa e nas formas de organização dos serviços voltados para a produção de saúde. A inclusão pode se dar por meio das rodas de conversa, do incentivo às redes e movimentos sociais, e da gestão de conflitos.

Deve ser política presente em todos os programas desenvolvidos pelo SUS e de modo transversal, isto é, reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem dialogar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma corresponsável. Qualquer que seja a especialidade do profissional a saúde acontecerá quando o diálogo com o usuário sobre a sua experiência de vida for viabilizado.

Assim, a PNH estabelece princípios e diretrizes para mudar as relações de trabalho, proporcionando aproximação diferenciada entre pessoas e grupos, estabelecendo relações que inibam o isolamento e as relações de poder hierarquizadas.

A PNH pressupõe uma participação conjunta dos gestores, trabalhadores e usuários na tomada de decisão. A equipe não é a única responsável pela assistência, mas o usuário e a rede sócio-familiar são corresponsáveis pelo cuidado assumindo a posição de protagonista de seu cuidado. Com isso trabalha para a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Com esta indissociabilidade promove ampliação da autonomia, compartilhamento de responsabilidades e decisões conjuntas de todos os sujeitos envolvidos na assistência de modo responsável, colocando tais indivíduos em protagonismo, corresponsabilidade e autonomia

A PNH fornece orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. São eles: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, formação e intervenção.

A influência dessa política para mudanças na cultura da atenção, e por sua vez da gestão dos processos de trabalho, contribui nos modos de pensar na saúde como valor de uso na ordem da produção social.

Haveria muito a ser comentado aqui sobre a implementação destes princípios e diretrizes no SUS e os estudos de casos nos dariam uma dissertação à parte. Não estenderemos o tópico sobre implementação nesta pesquisa para além do que foi feito porque dissemos que este é um capítulo de transição e que nosso objetivo é tratar de apenas um dos muitos aspectos envolvidos, que é processo de formação dos profissionais, por ser nossa área de atuação e por testemunharmos muitas tensões neste campo.

No próximo capítulo faremos um diálogo mais amplo com fatores que temos testemunhado serem embargos para as práticas de humanização na Saúde coletiva: a racionalidade na prática médica, os processos de medicalização não colonizadora e a acumulação de capital das grandes corporações médicas e da indústria farmacêutica que, aliadas, promovem e financiam pesquisas no campo da saúde. Estabeleceremos um amplo diálogo com os textos de Mattos (2010), Paim e Almeida Filho (1998) e Mendes (2015).

O texto de Mattos (2010) parte da perspectiva do cuidado nas práticas sociais. Chama a atenção para o uso da racionalidade médica, da medicalização e do capital entremeados nestas práticas que podem ser positivos ou negativos, dependendo das situações concretas onde a racionalidade médica é usada, e pelo modo como ela pode invadir a vida dos indivíduos ou não, atendidos no sistema de saúde.

Nos capítulos subsequentes nosso foco será a formação médica e a composição do currículo disciplinar que não incorpora a Política Nacional de humanização como parâmetro no seu processo de ensino.

4 A RACIONALIDADE MÉDICA, A MEDICALIZAÇÃO E A ACUMULAÇÃO DE CAPITAL NO SETOR DA SAÚDE

No capítulo anterior estabelecemos conceituação com recuperação histórica das noções de Medicina Social, Medicina Integral e Saúde Coletiva para que pudéssemos compreender como nos apropriamos de tais conceitos ao longo do trabalho. Partindo dos conceitos estabelecidos na PNH, no presente capítulo apresentaremos um panorama que discute a racionalidade na prática médica, os processos de medicalização não colonizadora e a acumulação de capital das grandes corporações médicas e da indústria farmacêutica que promovem e financiam pesquisas no campo da saúde. Neste capítulo estabeleceremos um amplo diálogo com o texto de Mattos (2010) intitulado: Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. Outros autores também colaboram nesta discussão como Paim e Almeida-Filho (1998): Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? e Mendes (2015): A saúde pública brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo?

4.1 Racionalidade médica e práticas de cuidado

A Saúde Coletiva, como discutido nos capítulos anteriores, é definida como um campo interdisciplinar e não como uma disciplina científica, muito menos como ciência ou especialidade médica. Ela contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença na estrutura social, investiga a existência e a distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social, analisa as práticas de saúde como processos de trabalho articulados com as demais práticas sociais e procura compreender como a sociedade identifica suas necessidades, explica e organiza as questões de saúde. Preocupa-se com os casos da comunicação social, da vigilância, das políticas, das práticas, da planificação, da epistemologia e dos métodos aplicados em saúde. Suas bases teóricas são a epidemiologia, o planejamento e administração, e as ciências sociais em saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998, p. 310).

Na Saúde Coletiva, o social é refletido em sua dimensão subjetiva: a dos indivíduos inseridos numa estrutura social, que possuem as próprias experiências práticas de cuidado

com a saúde, sendo também usuários do sistema de saúde e até mesmo trabalhadores do setor da saúde e que promovem diálogo com outros saberes e práticas, o que possibilita a reflexão sobre as práticas de promoção da saúde embasadas na sabedoria popular e do cotidiano da sociedade.

A Saúde Coletiva envolve determinadas ações visando as necessidades sociais de saúde, o que envolve disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, atividades e intervenções focadas nos grupos sociais e no ambiente. Implica no desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado de saúde da população e a natureza das políticas de saúde, na relação entre os processos de trabalho, doenças e agravos.

Todos estes estão relacionados à subjetividade de procedimentos em saúde. A ideia de saúde como um fenômeno relacionado ao modo e condições de vida nos leva a considerar que as condições de trabalho, o meio ambiente, o perfil epidemiológico da população são elementos importantes de estudo da situação de saúde.

As condições de vida estão articuladas em quatro dimensões de reprodução social, a saber:

(...) a reprodução biológica onde se manifesta a capacidade imunológica e a herança genética; a reprodução das relações ecológicas, que envolve a interação dos indivíduos e grupos com o ambiente residencial e do trabalho; a reprodução das formas de consciência e comportamento, que expressam a cultura; e a reprodução das relações econômicas, onde se realizam a produção, distribuição e consumo. A partir desse modelo podem ser identificados diferentes espaços e estratégias de intervenção sanitária: a) indivíduos (espaço singular) – estratégias de alto risco; b) grupos sociais (espaço particular) – estratégias populacionais; c) modelos econômicos (espaço geral) – políticas de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998, p. 311).

De acordo com esta classificação podemos estabelecer que, em Saúde Coletiva, são considerados os aspectos clínicos, as relações entre indivíduos no ambiente social (família, trabalho e outras relações sociais), a consciência e o comportamento das pessoas na dimensão do consumo de bens e serviços, espaços de constante intervenção das práticas sociais de saúde.

O potencial de discussão é abrangente e se renova a cada dia em práticas que precisam ser investigadas sob a ótica dos indivíduos adoecidos, fator que afeta tanto os usuários quanto os trabalhadores da saúde, significativamente engajados na lógica do capital e das leis de mercado. As práticas em Saúde Coletiva acontecem nos processos de assistência à população sob a ótica da racionalidade médica, da medicalização e da acumulação de capital como analisaremos adiante.

Mattos (2010, p. 322) nos esclarece a complexidade de relações que acontecem nos processos de trabalho, que devem ser úteis para a construção de espaços de reflexão sobre o conceito amplo de cuidado, observando que o cuidado é inerente à vida humana, por isso certos valores merecem ser defendidos nestas relações. Ele define práticas de cuidado como:

(...) o conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida, quer da vida de indivíduos, quer da vida de um grupo social, quer da espécie (MATTOS, 2010, p. 322).

O cuidado à pessoa acontece no interior das práticas, nos processos relacionados ao trabalho e na construção de projetos de intervenção imbricados numa constelação de poderes envolvidos. Este cuidado, realizado nos hospitais ou na atenção primária, demonstra que os acontecimentos no cotidiano das ações de saúde são reproduzidos como se fossem uma “ordem natural das coisas” e precisam ser pensados criticamente.

Um exemplo desta complexidade, mencionado por Mattos (2010, p. 325), é o do aleitamento materno. Neste exemplo são verificadas as lutas entre práticas de autonomia social (que o autor chama de emancipação) e que medem forças com as prescrições dos profissionais legalmente credenciados e que respondem juridicamente pelo cuidado, que são os médicos. Ele relata:

- a) Médicos e profissionais de saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, podendo ser estendidos até bem mais tarde (2 anos). Aqui destaca as recomendações sobre como as mulheres devem cuidar de seus filhos e dos riscos da medicalização da vida em curso, orientam sobre o aleitamento durante o dia e a noite, para auxiliar planejamento familiar;
- b) O Estado regulamenta a relação da mulher com o trabalho e emprego estabelecendo o período de afastamento da mulher do trabalho durante o aleitamento e orienta para a criação das creches nos locais de trabalho, sendo poucas as empresas que se adequaram a esta norma. O médico atua como fiscalizador e autorizador desta licença, além das outras licenças previdenciárias;
- c) Muitas mulheres trabalham, mas não estão cobertas pelo regime previdenciário, ficando limitadas para manter o aleitamento exclusivo. Quando a mãe não consegue aleitar por motivo de trabalho, indo contra o

que se prega sobre o afeto, o vínculo e o cuidado do bebê, o sentimento de culpa nesta mulher pode ser desenvolvido;

- d) A criação dos Bancos de Leite Humano (BLH) asseguram leite à criança, mas seu uso deve ser recomendado por profissionais de saúde, que também orientam o uso de leite da indústria alimentícia para as mães que não conseguem amamentar.

Nas situações mencionadas, percebe-se um reforço do lugar dos médicos, como se só neles se devesse confiar para a definição da necessidade de substituir o leite materno por leite industrializado. Esta situação é constante alvo de debates entre nutricionistas e médicos. Os mesmos que incentivam a amamentação são os mesmos que a limitam, atendendo, muitas vezes os jogos de interesses das instituições que incentivam determinadas práticas como a administração de glicose ao recém-nato, a indicação do leite não-humano, mesmo para as mães que queriam e teriam condições de amamentar, o que estabelece fronteiras ao aleitamento materno, coerentes com os interesses das indústrias alimentícias.

As conexões sociais também interagem na produção de alternativas para situações específicas que impedem o aleitamento materno (como diante de determinadas patologias) como: a solidariedade de outras mães, as tecnologias de formação dos bancos de leite humano, reprodução das relações sociais com planos e espaços distintos nos quais a estrutura em ação está compreendida (MATTOS, 2010, p. 325).

Ensinar e incentivar a mulher mobiliza um conjunto de relações de poder e de relações de emancipação. A estrutura em ação na configuração do aleitamento materno como uma prática de cuidado nem sempre vem dos médicos, mas dos indivíduos, dos espaços sociais e de alguns que ocupam posições como profissionais diversos da saúde. As práticas do cuidado não são necessariamente práticas recomendadas por médicos, mas práticas de outros profissionais de saúde que surgem nos processos. As desenvolvidas por profissionais da saúde se constituem como formas de trabalho em saúde. As práticas de cuidado desenvolvidas por outras pessoas não-profissionais (como as Doulas, que auxiliam nos processos de aleitamento) são em grande parte medidas organizadas ou pautadas por profissionais da saúde, de forma que influenciam direta ou indiretamente outras práticas.

A racionalidade médica com características específicas sustenta tais práticas e predominam sobre elas, além de corporações médicas que controlam as instituições de saúde por meio das orientações médicas. Além disso, lidamos com a presença do complexo industrial em escala global interferindo nas práticas profissionais, fazendo destas, ferramentas

estratégicas de consumo de mercadorias produzidas por indústrias do complexo (MATTOS, 2010, p. 343).

Mattos também estimula a reflexão sobre o contexto dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, cuja conduta propõe normatização dos procedimentos. Os procedimentos protocolados têm seu uso e valor, pois são necessários na medida que se fundamentam em conhecimento científico para que se fundamente qualquer implementação. Mas é importante refletir sobre como essas experiências são exercidas pelos médicos, como sendo uma imposição, impossibilitando o diálogo e a escuta qualificada, como preconizado nas políticas de humanização que vimos no capítulo anterior. Ao mesmo tempo provoca uma reflexão sobre os processos do ensino, mobilizando-os na análise crítica das práticas para a compreensão das relações de poder e das relações emancipatórias e que será objeto de estudo dos dois últimos capítulos desta pesquisa (MATTOS, 2010, p. 338).

4.2 Medicalização

Tomamos a compreensão de medicalização de Peter Conrad (1975 apud Carvalho et al., 2015, p. 1253) em que apresenta como um “processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como uma doença, ou transtorno, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento”.

No entanto, a medicalização vista por Mattos (2010, p. 37) é apontada como a construção de uma ordem médica na vida social, como um assunto que precisa ser considerado associado ao conceito de emancipação. Apresenta a ideia de medicalização descolada do padrão comum de uso de medicamento. Designa como um processo mais longo de invasão da vida social pelos profissionais da saúde, especialmente pelo médico. É o conceito de uma medicalização para além do padrão comum de uso o que causa estranhamento, mas reflete nossa cegueira e nossa incapacidade de pensar criticamente sobre as relações de poder e emancipação camufladas nas práticas dos cuidados. Quanto às relações de poder e emancipação, Mattos (2010, p. 319) argumenta que há relações de poder que se movimentam na produção das práticas nas relações sociais. Com base no pensamento do sociólogo português Boaventura de Souza Santos, ele propõe a emancipação ou relações emancipatórias como forma de tornar tais relações menos desiguais, o que denomina de relações emancipatórias.

O que faz uma relação social, um exercício de poder é o grau com que são desigualmente tratados os interesses das partes na relação ou, em termos mais simples, o grau com que A afecta B de uma maneira contrária aos interesses de B. (...) A emancipação é tão relacional como o poder contra o qual se insurge. Não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias, relações que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais. As relações emancipatórias desenvolvem-se, portanto, no interior das relações de poder, não como resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas. Só através do exercício cumulativo das permissões ou capacitações tornadas possíveis pelas relações de poder (o modo de abertura-de-novos-caminhos) se torna viável deslocar as restrições e alterar as distribuições, ou seja, transformar as capacidades que reproduzem o poder em capacidades que o destoem (SANTOS, 2001, p. 269 apud MATTOS, 2010, p. 319).

A lógica deste contexto entre relações emancipatórias e relações de poder elenca a complexidade de relações de poder envolvidas na participação médica nas decisões sobre medicalização e considera os seguintes aspectos:

- a) Hábito de se colocar em oposição a cura e a prevenção, tanto na medicina individual quanto na medicina social. A primeira da assistência médica tradicional e dominante e a outra, a da nova racionalidade emergente, comprometida com o povo, mas que não consegue ser efetiva e se mantém dominada;
- b) A maneira como as relações entre médicos e pacientes são forjadas, no sentido de manter sobre o paciente um comando, uma prioridade, uma subordinação estabelecida pela atenção médica;
- c) A Reforma Sanitária ao mesmo tempo em que deve ser vista como um movimento que se propôs a valorizar o social produziu um radical processo de medicalização, o que por si só é contraditório dada as condições socioeconômicas desta mesma população;
- d) Os processos de medicalização da sociedade são a legitimação de uma medicina que intervém em tudo e sem limites, seja nos riscos de saúde dos processos de urbanização, ou mesmo numa sociedade sadia, pois normaliza a figura do médico formado nas mesmas faculdades de medicina que medicalizaram a sociedade, embora não tenham conseguido sana-la completamente, como as únicas autoridades no assunto;
- e) A construção de estratégias que monopolizam o saber sobre as questões de saúde gerou super-empoderamento na formação profissional, surgindo escolas nas quais as pessoas por elas formadas se tornam autoridades no

assunto para se posicionarem sobre as questões de saúde. O corporativismo deste sistema é mantido pelas grandes empresas no conglomerado da saúde. Os que se contrapõem aos argumentos ou ações deste sistema são enfrentados, desautorizados e desqualificados;

- f) A ordenação de movimentos dos médicos associados à ação do Estado sobre aqueles que trouxessem algum tipo de contestação ao saber predominante sobre saúde, permitindo que somente o saber médico “autorizado” possa atuar nas práticas de cuidado devidamente reconhecidas pelo sistema. Um exemplo da perversidade deste sistema é a luta dos alopatas contra a homeopatia no Brasil, reputando a homeopatia como medicina de qualidade duvidosa;
- g) A inserção de médicos em espaços de regulamentação institucional sobre saúde no campo político estratégico abrindo possibilidade destes representantes do sistema imporem seus próprios interesses, alegando que somente eles poderiam formular as melhores alternativas para as questões de saúde do povo (MATTOS, 2010, p. 331).

Mattos (2010, p. 329) acrescenta que, a partir da Reforma Sanitária, configurou-se um projeto ético-político de medicina que se consolida como luta política que legitima a autoridade do médico no contexto social e também interfere nas práticas de cuidado realizadas por outros profissionais da saúde. A medicalização da sociedade no século XIX, influenciou a construção de normas sociais que provinham do conhecimento médico e procuravam estabelecer mudanças no comportamento da população. Com o uso destas tecnologias de poder, a higiene serviu de base para a produção de normas sociais, impondo uma mobilização pelo medo da doença e culpa por estar doente, ou seja, havia o interesse do saber médico no uso do espaço urbano e sua influência sobre os fenômenos físicos, humanos e sociais, com estratégias de ação específicas relacionadas aos hábitos e condutas.

Ao mesmo em que se pensa na higiene como estratégia de domínio e intervenção da medicina, a família também passa a ser um objeto de interesse governamental, pois elas levavam os sujeitos a se subordinarem aos objetivos do governo. A higiene familiar entra neste cenário não só como busca da legitimidade diante dos governantes, mas também como maneira de diferenciar a medicina de outras práticas de cuidado. Consequentemente houve um reconhecimento social da medicina nas práticas de cuidado que até então não existia. Com o movimento higienista se iniciou o movimento de imposição da figura do médico à família, dando ao médico prestígio social e produzindo novos benefícios econômicos.

Estas intervenções potencializaram a noção da suposta incapacidade do indivíduo cuidar de si, tornando-o dependente do conhecimento dos médicos. Percebe-se aí a intencionalidade da atuação da higiene não só sobre a família, mas também sobre os indivíduos, promovendo a superioridade do conhecimento médico supostamente científico em relação as outras formas de conhecimento, ao mesmo tempo em que desqualifica as pessoas para as práticas de cuidado. “(...) é como se os indivíduos não mais soubessem se cuidar, cuidar de sua família, cuidar de sua saúde e cuidar da saúde de sua família. O cuidado passou a ter que ser ensinado, acompanhado, vigiado” (MATTOS, 2010, p. 331).

A normatização médica sobre a vida das pessoas nos permite perceber a violência do processo de medicalização e a necessidade que as pessoas passam a sentir de serem tuteladas por médicos no que se refere à sua saúde. O exemplo da amamentação, já mencionado, mostra como se deixa de lado o saber não-médico passando a se confiar apenas na palavra do médico. Os saberes dos demais profissionais de saúde vão sendo silenciados por causa do saber médico. Há desautorização do saber não-médico para a construção desse novo saber, que não conduz à emancipação, mas que mantém, reproduz e amplia desigualdade instaurada entre o profissional-médico, os demais profissionais de saúde e os não-profissionais do campo da saúde. Este tipo de medida mantém vigilância e tutela médica sobre a população, o que Mattos chama de colonização por um saber médico que ainda é mantido (MATTOS, 2010, p. 331).

Entendendo que as práticas de reeducar terapêuticamente a família possuem consequência não previstas que acabam contribuindo para reforçar aquilo que se acredita estar superado, ele nos alerta para o risco do fortalecimento das práticas de cuidado que constituem controles quanto aos quais somos contrários, como: maior disciplina, maior vigilância e maior repressão, exercendo uma ciência dominadora, que invade a vida das pessoas de forma colonizadora. O papel da prática de cuidado, é provocar a reflexão sobre o que hoje se estabelece como promoção de saúde, que (além da simples prevenção), do fortalecimento da vigilância em saúde, das propostas de multiplicação e intervenção e da presença de profissionais da saúde nas comunidades, nas casas etc., deve ter o firme propósito de influenciar nas questões consideradas saudáveis e coerentes com o discurso do bem conduzir a vida.

O alerta se faz no sentido de não reforçarmos o movimento de colonização enquanto profissionais de cuidado em saúde. Para que nossa prática de cuidado não reproduza a desigualdade. Deve-se pensar em uma medicalização que amplie as possibilidades de escolha

e que não imponha crenças e valores implícitos à ciência que os estabelece e que se busque formas não colonizadoras de se realizar esta medicalização.

4.3 Uma epistemologia centrada na doença

Em relação às práticas de cuidado dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, Mattos (2010, p. 334)) critica o espaço de centralidade da doença, para isso, recupera todo o processo de cuidado a partir da invenção do hospital como uma instituição médica e a partir da prática individual dos médicos, que era voltada para aqueles que necessitavam de cuidados, ou seja, exercia-se uma medicina centrada no indivíduo, diferente da prática da medicina contemporânea, onde se coloca a doença no centro, deixando de tratar indivíduos para tratar doenças.

Os hospitais foram sendo transformados, e com o nascimento da prática clínica, houve uma reorganização das práticas e dos saberes médicos. O hospital passou a ser visto como local de práticas médicas onde toda a atenção estava relacionada com o ordenamento do espaço e dos protocolos, muito similares às medidas que eram tomadas sobre a cidade na mesma época. Todo o desenho sobre o cuidado ao indivíduo dado no hospital, resultou numa mudança na forma de se praticar a medicina, com definição de espaços para pacientes, como o da observação médica registrada. Houve também transformação do sistema de ensino sobre saúde e medicina. Saía-se dos conteúdos teóricos e filosóficos e passava-se à observação detalhada com discussão de quadros clínicos e de evolução dos pacientes que eram trabalhados em grupo e de forma sistemática.

Outros fatores contribuíram para as mudanças como: a associação entre a clínica e a anatomia patológica e a análise dos processos fisiopatológicos, ampliação do acesso à informação e promoção do conhecimento sobre determinadas doenças. Todo o processo que influenciou no surgimento da atual racionalidade médica foi constituído por vários aspectos que vão desde a promoção da saúde por meio da higiene na saúde pública e na assistência privada, até os estudos de desenvolvimento epidemiológicos sobre as doenças não transmissíveis, refletindo no conhecimento sobre a prevenção e a promoção da saúde.

Esta racionalidade médica vem contribuindo para embasar as propostas de intervenção, tanto médicas quanto sociais e provoca um repensar de questões a serem tratadas

nas diversas disciplinas que dizem respeito às dimensões de uma doença e o seu tratamento, demarcando, atualmente, a racionalidade médica centrada na doença que configura a epidemiologia como disciplina essencial. É daí que surgem os estudos epidemiológicos para a identificação dos fatores de risco, para análise da capacidade de procedimentos para diagnósticos e para a avaliação da eficácia de propostas terapêuticas.

Apesar de, neste discurso, a epidemiologia reduzir o paciente à sua doença, não significa que ela não possa ser repensada numa perspectiva emancipatória. Porque na medida em que as doenças são reconhecidas com potencial de produção de conhecimento científico, o conhecimento sobre elas pode nos ajudar a pensar sobre como produzir outros modos de fazer a vida, de planejar as consequências, buscando-se uma prática mais consciente e prudente.

A racionalidade médica não define o que vai acontecer, por exemplo, com um doente que está em sofrimento por causa de alguma lesão, mas reconhece que há uma limitação entre o que ela produz enquanto conhecimento sobre doenças e o modo de adoecimento de cada indivíduo ou de como o conhecimento da vida pode ter um outro sentido.

4.4 Práticas do cuidado e interferência do capital

A relação entre o cuidado e o capital merece destaque pelo caráter peculiar de relacionamento entre o capital e o poder econômico. O surgimento das relações mais significativas entre o capital e as práticas de cuidados se dá após a Segunda Guerra Mundial, pois a partir deste período é que se começam a distinguir as práticas exercidas por médicos e por não médicos. A partir deste processo, o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores de saúde foram profundamente afetados.

As questões que perpassam as descobertas da penicilina, dos antibióticos e mais recentemente dos quimioterápicos tiveram grande impacto no manuseio das doenças infecciosas e contribuíram decisivamente na ampliação da indústria química e no surgimento de uma nova vertente: a indústria farmacêutica, e este fator facilita os processos de acumulação do capital no campo da saúde. Por isso crescem e são financiadas as pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos. Os estudos que buscam mostrar a eficácia dos medicamentos são os estudos epidemiológicos, realizados em grupos de doentes, reforçando o papel da epidemiologia como disciplina essencial na racionalidade médica contemporânea.

Os médicos se tornaram os profissionais que, diante de um caso concreto, definem os medicamentos que serão utilizados. No entanto, sendo o médico que identifica a necessidade de um medicamento para um determinado paciente e tendo como base uma intervenção articulada a indústria farmacêutica passa a inventar as necessidades de uso de medicamentos, seguindo os rumos estabelecidos pelo planejamento de pesquisa dos laboratórios e indústrias farmacêuticas.

O que se verifica nos tempos atuais é uma indústria farmacêutica que não se limita a produzir medicamentos eficazes e seguros, mas sim produzir substâncias que por parecerem eficazes e seguras, serão consumidas. O desenvolvimento tecnológico a cada dia permite a identificação de lesões com maior precisão. Com as indústrias farmacêuticas, outros materiais e equipamentos foram se desenvolvendo a fim de facilitar o diagnóstico das doenças. Para cada tipo de critério diagnóstico uma linha de pesquisa em desenvolvimento de produto de alguma indústria foi lançada.

Não se pode negar que o desenvolvimento tecnológico e a pesquisa de diversas indústrias como as de: equipamentos médicos; dosagem de compostos bioquímicos no sangue ou em outras partes do corpo; mensuração de parâmetros fisiológicos, etc. produziram grandes transformações no processo de diagnóstico, e isso contribuiu para mudanças nas possibilidades terapêuticas, mas não se pode deixar de mencionar, que todas as práticas exigem discernimento mais amplo para compreender as condições de vida do paciente, de maneira que a tecnologia empregada não seja apenas utilizada adequadamente, mas com adequação à realidade financeira do paciente, por exemplo. Nesta dinâmica, surgem materiais que necessitam ser consumidos (cateteres, sondas, agulhas, seringas, material cirúrgico) e equipamentos nos quais são realizados procedimentos terapêuticos. A dinâmica deste processo no setor econômico provoca aumento nos custos da produção do cuidado médico.

Todas estas tecnologias destinadas a defender a vida prestam serviço à acumulação de capital no setor Saúde, que já é um grande acumulador de capital por si só. As práticas de cuidado adotadas pelos médicos definem, em cada caso, grande parte do consumo destes produtos. A assistência privada de serviços de saúde, cujo tratamento para determinadas doenças torna-se impossível para muitas pessoas, em especial os mais idosos, pois a maioria não possui rendimentos suficientes para cobrir as despesas com remédios e demais necessidades de saúde, intensifica uma dramática desigualdade que gera uma demanda mediada pelo Estado.

O Estado garante o uso destes medicamentos e enquanto garante o direito à saúde, exerce seu controle de várias formas, desde a regulamentação e emissão das autorizações para

comercialização ou distribuição de medicamentos, até o estabelecimento de regras sobre a propaganda dos mesmos.

Mattos (2010, p. 343) denuncia esta lógica expondo a precariedade do cuidado em detrimento do capital que gera injustiças para aqueles que não apresentam recursos para custeá-las, e como último fundamento de uma tese política afirma que deve caber ao Estado a garantia do direito de todos ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Tal denúncia critica as práticas que se dão em conjunturas nas quais os médicos se tornam reprodutores dos parâmetros de consumo propagados pela indústria farmacêutica, ou seja, uma ordem propagada pelo próprio sistema do capital.

Para argumentar sobre o papel do Estado como garantidor de direitos de seus cidadãos à saúde, Mendes (2015, p. 69) mostra um Estado como garantidor de direito, mas que se torna refém e está cada vez mais envolvido com interesses econômicos, na medida em que adota políticas austeras, redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, e incentiva a iniciativa privada e as grandes corporações, com transferências de recursos para as Organizações Sociais de Saúde - OSS – de gestão privada.

Um Estado que concede aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e estabelece concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquece a capacidade arrecadação do Estado brasileiro e prejudica o financiamento do SUS.

4.5 O cuidado integral

Estendendo ainda o diálogo com Mattos (2010) e outros autores no item sobre cuidado integral, destacamos um ponto mencionado anteriormente que se refere à constelação de poder que produz práticas de cuidado em saúde. Uma síntese de suas ideias nos mostra que nesta constelação é que se produzem os sujeitos tutelados, controlados e vigiados por saberes médicos e onde se pratica a colonização e objetificação dos sujeitos.

Ele ressalta que há vários tipos de práticas nas quais os indivíduos são reduzidos a objetos, por exemplo: na organização de procedimentos centrados nas necessidades dos profissionais executarem determinados procedimentos, no ordenamento que gera sofrimento para os pacientes, na valorização das técnicas em detrimento sucesso terapêuticos concretos

na vida das pessoas e nas práticas insuficientes que se dão cotidiano do serviço. Além destas há manifestação dos médicos profissionais que buscam possibilidades de construção de práticas com valores que geram contradições e tensões contrariando a proposta de relações emancipatórias (MATTOS, 2010, p. 347).

Para Mattos (2010), a integralidade é vista como um conjunto de valores que merecem ser defendidos, num processo contínuo e cotidiano de lutas por transformações das práticas nos cuidados em saúde, dos modos de organização dessas práticas e nas políticas de saúde. Ele propõe relações dialógicas entre os diferentes sujeitos envolvidos e se contrapõe a qualquer redução de sujeitos a objetos. Ressalta a importância do cuidado com o sofrimento manifesto pelo paciente e do sofrimento que se antecipa diante do olhar dos profissionais que estão no dia a dia daquele que sofre ou poderá vir a sofrer. As pessoas devem ser respeitadas em suas escolhas, principalmente em relação ao sofrimento que experimentam no dia-a-dia (MATTOS, 2010, p. 347).

Quando se reporta à organização das práticas para o cuidado integral, Mattos (2010) propõe um padrão mais centrado nos sujeitos, partindo da vida como valor, no qual o sofrimento das pessoas precisa proporcionar sentido ao trabalho dos profissionais da saúde, sendo preferível que estes profissionais saibam lidar com a racionalidade sem lhe aumentar legitimidade.

Ele propõe também construções de projetos terapêuticos individualizados, com intenso diálogo, que proporciona aos profissionais e ao público um encontro de linguagens que favoreça tanto o uso do conhecimento estabelecido pela ciência quanto a prática sensível à realidade de sofrimento do paciente. Os profissionais de saúde precisam compreender que o conhecimento da doença e as técnicas de intervenção não modificam as relações de poder, mas as informações obtidas pelo conhecimento científico analisadas de maneira crítica, podem contribuir para uma prática descolonizadora que dê mais autonomia aos próprios profissionais e que auxiliem na descolonização do outro, pois quanto menos informadas as pessoas estiverem mais dominadas pela indústria elas serão.

Até aqui vimos diversos fatores que interferem nas práticas médicas. Falamos de como a racionalidade médica contribui para os processos de medicalização e para os interesses econômicos de acumulação de capital. Fomos alertados para os jogos de interesse da apropriação de capital que já se tornaram hábitos nas práticas médicas, que vem deixando, progressivamente, de produzir defesa da vida, e se reconfiguram para atender às exigências das indústrias do setor, que determinam o uso de equipamentos e procedimentos que impõem uma lógica do capital nos cuidados com os pacientes. Também vimos que o sofrimento

manifesto no hospital ou na clínica é parcial e os cuidados não se restringem somente ao hospital, mas o tratamento deve ser realizado também em outros espaços e, dependendo da forma como foram orientados, podem reduzir, agravar ou reproduzir o sofrimento. Neste sentido vimos que o predomínio da técnica sobre a terapêutica deve ser evitado e é falsa a ideia de que quanto mais procedimentos forem impostos aos pacientes, mais o sofrimento será solucionado, ou de que, quanto maior o consumo de bens e serviços maior a prolongação da vida ou da qualidade de vida.

Falamos também da forma como os profissionais da saúde devem oferecer aos pacientes alternativas que evitem sofrimentos futuros, os médicos não são os únicos detentores de todo o conhecimento e precisam considerar quais condições os pacientes possuem para dar continuidade aos tratamentos fora do hospital. Quando pacientes se mostram indignados ou rebeldes, estas atitudes precisam ser alvo de atenção por parte dos médicos e atentar para estes questionamentos faz parte desta construção de uma prática descolonizadora. Buscar compreender, atitudes e comportamentos dos pacientes é uma das formas de construir o cuidado integral. Por meio do conhecimento científico é que podemos equilibrar ofertas de intervenção, práticas médicas, medicalização, cuidado integral, e este equilíbrio precisa ser feito sempre, em defesa da vida. Também não podemos deixar de reconhecer o conhecimento não científico que se encontra na sabedoria popular e no conhecimento tácito de outros profissionais, pois eles podem ser uma importante ferramenta na promoção do diálogo e na construção do projeto terapêutico emancipador.

Todas estas mudanças nos orientam para um maior reconhecimento dos profissionais e pela substituição do poder das grandes corporações, de forma que as produções práticas destes médicos sejam bem sucedidas. É preciso ter clareza que não é tarefa fácil lutar contra este poder instituído. A Política Nacional de Humanização nasceu pelas discussões destas práticas na sociedade. Mas uma das coisas que nossa vivência no campo, como docente num curso de medicina tem observado, são outras tensões que perpassam níveis institucionais mais rígidos na formação que acabam embargando a formação de profissionais conscientes e coerentes com práticas humanizadoras no exercício da Medicina. É o que veremos nos capítulos seguintes desta pesquisa.

5 A FORMAÇÃO MÉDICA E A INSERÇÃO DOS VALORES DA PNH

Vimos importantes conceitos nos capítulos passados que nos definem Saúde Coletiva, Política Nacional de Humanização e as questões envolvendo racionalidade médica, medicalização, interesses do capital e cuidado integral. A partir deste capítulo desejamos chamar a atenção para a inter-relação entre estes princípios e um campo de observação que acompanhamos de perto como docente da disciplina Medicina Social num curso de Medicina: o da formação médica. Começaremos situando como se dá, no contexto internacional, o surgimento do tema “humanização” na formação e na prática médica. Falaremos aqui sobre o papel das diretrizes curriculares e do currículo no curso de medicina. Depois exemplificaremos como ocorre, na prática, a perspectiva de inserção dos valores da PNH nos processos de ensino-aprendizagem da instituição educacional referenciada, convergiremos para uma discussão sobre a presença de disciplinas de Medicina Social para, finalmente, citarmos alguns casos reais do cotidiano da formação médica.

5.1 Definindo currículo

Entre diferentes autores também há diferentes visões sobre o que vem a ser um currículo de disciplina num determinado curso. Alguns o consideram como conjunto de conteúdos a serem abordados, outros incluem métodos e técnicas de ensino. Há também os que defendem que o currículo se confunde com o próprio curso, abrangendo sua justificativa, os objetivos de aprendizagem, sua estrutura, os conteúdos, os métodos e técnicas de ensino e o processo de avaliação do aluno (TOMAZ, 2001).

Malta afirma que as concepções que temos sobre currículo não são neutras e se apresentam tendo como base valores, ideologias, forças, interesses e necessidades de todos os envolvidos neste processo. Para uma definição de currículo mais precisa, é preciso situar currículo em seu contexto filosófico, histórico e político, sabendo relacionar a contribuição das ciências nos processos de construção do conhecimento, associadas ao contexto histórico do surgimento de dado pensamento curricular, analisar as mudanças do mundo globalizado e a forma como tais mudanças influenciam as reformas educacionais, as relações de trabalho e

produção, tudo isto para que se entenda o propósito com o qual um currículo se insere num contexto social (MALTA, 2013, p. 342).

De forma mais abrangente, Araújo (2007, p. 33) define currículo como um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática, sendo denominado como “grade curricular”, “conteúdos de ensino” ou “conjunto de disciplinas”, no sentido tradicional, ou seja, como organização curricular numa linha não integradora.

Concordando com Araújo (2007, p. 33), entendemos que o currículo é construído no sentido de fundamentar as propostas educativas escolares, sendo um norteador das ações e das intenções a serem implementadas. Deve considerar na sua construção, informações que procurem apontar sobre o que ensinar (conteúdos e objetivos), quando ensinar (ordenação e sequência dos conteúdos e objetivos), como ensinar (modo de estruturar atividade, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos em relação aos conteúdos selecionados) e o que, quando e como avaliar.

Os autores apontam para um currículo, não de forma simplista, mas no sentido mais amplo da organização da forma de ensinar, levando em consideração as diferentes concepções do processo de ensino-aprendizagem, trazendo a compreensão da conjuntura social, política e econômica da época, o que se traduz na formação de profissionais que atendam às necessidades da força de produção.

5.2 O currículo na formação médica

A discussão sobre currículo na formação médica advém da década de 1960, e coincide com o aumento das escolas de medicina. Nesta época houve uma preocupação mais significativa com a implementação de políticas públicas que proporcionassem melhorias na qualidade de vida e no desenvolvimento do setor de saúde. Isso acabou estimulando a presença da iniciativa privada na educação médica (NOVAES et al., 2009, p. 203).

Foi na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada na cidade de Edimburgo, em 1966, quando foi redigida a Declaração de Edimburgo, que surgiu uma proposta concreta de mudanças no processo educativo dos estudantes de medicina com foco no desenvolvimento de competências: “a competência profissional deveria estar associada ao reconhecimento de valores sociais, culturais e éticos, além de promover a interação entre as

escolas médicas e os serviços básicos e comunitários de saúde” (NOVAES et al., 2009, p. 203).

A partir de 1980, houve um grande interesse internacional por mudanças no ensino médico e nesta mesma época foi fundada a Associação Brasileira de Educação Médica no Brasil, em sintonia com objetivos da OMS em termos de formação dos médicos.

A partir desta época, surgiram inquietações quanto às metodologias de ensino médico, e traziam para a discussão a formação disciplinar que não atendia às necessidades da formação, pois ainda eram regidas pelo modelo biomédico flexneriano do século XIX.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) dialogando entre a Educação e Saúde são fruto desta discussão, gerando a elaboração das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina em 2001 e que foram legitimadas pelo Conselho Nacional de Educação no Brasil.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, valorizavam a formação médica embasada em competências, cujo modelo pedagógico é centrado no aluno, havendo associação entre a teoria e a prática com ênfase nos resultados práticos desta associação, enfatizando o que precisava ser aprendido pelos futuros médicos e não apenas o que tinha sido ensinado, agregando o desenvolvimento de habilidades e atitudes recomendáveis à boa prática médica. Isto se relacionava diretamente com as práticas humanizadoras, mas não objetivamente com as práticas enfatizadas pela Política Nacional de Humanização, deixando em aberto as possibilidades para refletirmos sobre os níveis de aproximação entre os sujeitos envolvidos nos processos das práticas, sobre as ações no cotidiano do serviço e sobre as construções de percepções comuns, diferenças, discordâncias e de não acordos.

O estabelecimento das Diretrizes Curriculares não significa operacionalizar mudanças efetivas na formação profissional. Com o surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH), um de seus eixos – o da humanização - foi construído, mas na prática, a inserção destas diretrizes em escolas que formam profissionais em saúde tem sido vista como pálida e sôfrega (RIOS, 2009, p. 259).

Nas últimas quatro décadas, houve significativas mudanças nos currículos de formação de medicina ao redor do mundo. Os currículos focados no desenvolvimento de competências passaram a ser adotados em diversos países e enfatizaram uma medicina que valoriza não só o conhecimento, mas a comunicação, as habilidades técnicas, o raciocínio crítico que possua valores éticos e morais, que esteja sensível ao sofrimento do outro e que esteja a serviço do indivíduo e da comunidade.

Nessa perspectiva, há um estímulo à capacidade de se construir conhecimentos a partir das ações e práticas, modificando a forma de pensar na construção do saber apenas a partir da teoria. Isso possibilita o desenvolvimento de melhor desempenho diante de situações que emergem no cotidiano e na prática profissional, a desconstrução da lógica de um currículo convencionalmente teórico e configura novos processos de ensino-aprendizagem nos quais a capacidade cognitiva, o saber fazer e as atitudes desempenham papel significativo.

5.3 A promoção da saúde nas Diretrizes Nacionais Curriculares

A promoção da saúde é descrita por Buss (2000, p. 165) como: “estratégia promissora para enfrentamento dos múltiplos problemas que afetam as populações humanas e seus entornos”, o que no Brasil e América Latina é um grande desafio, dada a péssima distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, as condições precárias de habitação e do ambiente favorecendo as baixas condições de vida. Esta definição de promoção da saúde está muito presente no PPC do curso de Medicina e no processo de formação dos seus estudantes, quando insere no currículo a disciplina de Medicina Social, elaborando uma formação em Medicina mais próxima da realidade social na qual nos inserimos.

Alguns artigos presentes na DCN’s estimulam a discussão sobre promoção de saúde que geraram as abordagens deste tema no PCC da instituição e que gostaríamos de comentar, dos quais selecionamos três.

Na Seção I- Atenção à Saúde das DCN’s

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (p.2).

Na Seção II - Gestão em Saúde

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo (p. 7).

No Capítulo III – Dos conteúdos curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde (p. 3)

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental (p. 10)

Identificamos nestes artigos a promoção de saúde como estratégia importante na produção de saúde. Mas o mesmo não se reflete na inserção da abordagem da Saúde Coletiva na assistência médica. Entendemos que é preciso discutir os modos de fazer e de gerir saúde de modo que atenda às necessidades dos indivíduos e dos coletivos.

Observamos também que a valorização da vida não aparece nos níveis de atenção. A valorização da vida não se dá apenas pela verificação dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade. Quando pensamos em valorização da vida nos reportamos às práticas de saúde que estão presentes nos encontros entre os profissionais e as pessoas cuidadas no sistema de saúde e no todo da vida de forma geral.

O trabalho em equipe é essencial na arte de promover saúde, mas requer a criação de vínculos entre os membros da equipe, os usuários do sistema e seus familiares, o exercício da alteridade, o diálogo, o profundo respeito pela diferença de opinião do paciente, o protagonismo do sujeito no projeto de sua cura, a associação da doença à vida priorizando a escuta e do cuidado do sujeito. A singularidade de cada indivíduo é elemento central neste processo, esta singularidade é percebida nos encontros entre os usuários-trabalhadores-gestores. Nada disso é possível na atenção integral se não houver esta singularidade nos processos de humanização das práticas médicas.

Quando referenciamos estes trechos das DCNs observamos a preocupação com a inserção da promoção da saúde associada aos aspectos epidemiológicos, na importância do trabalho em equipe e a associação aos ciclos de vida. Entretanto, não vemos qualquer diretriz no sentido de uma prática de alteridade por meio da construção da escuta de cada paciente, nem mesmo com a consciência sobre as relações com a vida e o processo de saúde ao invés dos processos de verificação e tratamento doença.

A humanização se faz presente nos encontros que constroem vínculos e afetos por meio de uma escuta qualificada e no acolhimento sensível para além de um espaço físico.

Veremos a seguir, como se procura inserir a humanização nos processos de formação de uma escola de medicina tendo por base a discussão sobre promoção da saúde que acabamos de ver e a elaboração do Projeto Pedagógico de Curso de Medicina (PPC) da referida instituição.

5.4 A inserção da humanização na formação médica

A Escola de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques, localizada em Cascadura, no Município do Rio de Janeiro, possui cerca de 2.500 alunos em diversas áreas de formação acadêmica, dos quais cerca de 1.135 alunos são do Curso de Medicina, do 1º ao 6º ano, quase metade do corpo discente de toda a instituição. Conta hoje com 247 docentes, sendo 29 professores da disciplina de Medicina Social.

O Curso de Medicina funciona com período letivo anual, seriado e em tempo integral. O período de integralização é de, no mínimo 6 anos e máximo de 9 anos, com carga horária total de 9.340 horas, sendo distribuídas: 5600 horas de atividades disciplinares, 3440 horas de Estágio Curricular Supervisionado (realizados em Hospital e Unidade de Saúde, por meio de convênio) e 300 horas de Atividades Complementares de Enriquecimento Acadêmico. O currículo do curso contempla ainda a disciplina optativa de Libras (40hs) para atender ao disposto no Decreto nº 5626/2005, totalizando a carga horária de 9380 h.

A Escola de Medicina tem em sua estrutura de gestão composta por uma Congregação, pelo Conselho Departamental, por uma Diretoria, por Departamentos e os órgãos de apoio, contendo ainda a Coordenação do Curso, que tem o poder de supervisionar, executar, fiscalizar e avaliar as atividades de ensino.

O Núcleo Docente Estruturante (NDE) é composto por um grupo de docentes que funciona como uma Assessoria da Direção da EMFTESM, com competências específicas e do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) contemplando, em seu serviço, o atendimento psicopedagógico e de Psicologia, que foi criado para apoiar os estudantes diante das dificuldades de aprendizagem; uma estratégia de acompanhamento importante no processo ensino-aprendizagem, e que aponta para o atendimento da Resolução CONAES nº 1, de 17 de julho de 2010 e ao que está preconizado no Art. 33 da Resolução nº 3, de 20/06/2014, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que é também parte de uma política de humanização no trato com os estudantes da própria instituição.

A organização do curso segue a seguinte estrutura: duração de seis anos, com atividades didáticas e pedagógicas em tempo integral, divididos em dois ciclos de estudos:

Ciclo de Formação (com duração de 4 anos) e Ciclo de Internato ou de Estágios (com duração de 2 anos).

De acordo com a Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, Art. 5º parágrafo 5º, o ENADE – Exame Nacional de Avaliação dos Estudantes é componente curricular obrigatório dos cursos de graduação, sendo inscrito no histórico escolar do aluno somente a sua situação regular com relação a essa obrigação, atestada pela sua efetiva participação ou, quando for o caso, dispensa oficial pelo Ministério da Educação.

O objetivo da Instituição de Ensino Superior e que consta no Projeto Pedagógico de 2016 é:

promover a disseminação no conhecimento por meio de estratégias didático-pedagógicas que permitam aos estudantes ampliar os seus conhecimentos, por meio do acesso as inovadoras metodologias de aprendizagem. Para tanto, apoia-se em uma prática pedagógica historicamente situada, comprometida social e politicamente com a comunidade na qual está inserida, visando o espírito de solidariedade entre as pessoas, a melhoria da qualidade de vida do ser humano e do meio ambiente (PPC, 2016, p. 7).

Este objetivo sugere uma preocupação da instituição na construção de estratégias que garantam a construção de conhecimento dos seus alunos por meio de metodologias inovadoras de aprendizagem. Embora não especifique quais as metodologias adotadas e de que forma elas seriam aplicadas, entendemos que ela busca o conhecimento associado à construção de uma prática pedagógica fundamentada no social, na qualidade de vida e no meio ambiente.

A OMS define qualidade de vida como:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2000, p. 34).

É difícil definir qualidade de vida, devido à amplitude dos aspectos relacionados aos níveis de satisfação com a vida familiar, amorosa, social e ambiental, à própria estética existencial e à capacidade de determinada sociedade conceber padrões de conforto e bem-estar. Conhecimento, experiências e valores de indivíduos e coletividades são socialmente construídos em determinadas épocas, espaços e histórias diferenciadas causando certa relatividade cultural, já que relaciona condições de vida e comportamentos em cada momento histórico e não apenas dos indivíduos, mas da coletividade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

Nesse sentido, a Escola de Medicina Souza Marques, procura formar médicos com atuações em diferentes níveis de promoção da saúde com ações que se voltam para o contexto social da população, principalmente daquela que está no seu entorno. Leva em consideração os desafios do SUS e promove uma formação capacitada para lidar com os principais problemas de saúde, com as necessidades dos serviços e com a gestão do trabalho. No seu PPC reforça a formação de médicos qualificados que atuem no SUS visando “à implementação de um atendimento humanizado e eficaz” (PPC, 2016, p.12). São vários os trechos do PPC que estimulam a formação dos médicos com visão humanizadora e humanizante como destacaremos adiante.

Dois fatores nos chamam a atenção nos objetivos educacionais da referida escola: o cuidado com uma formação para atuar estrategicamente na **promoção de saúde** (grifo nosso) e a qualificação do médico para prestar um atendimento humanizado em relação aos **anseios da sociedade** (grifo nosso) de formação geral e abrangente. Seu ideário está embasado nas concepções que contemplam a construção do campo de conhecimento da Saúde Coletiva que foram mencionados no primeiro capítulo desta pesquisa.

A escola se propõe a tratar a humanização em termos políticos e pedagógicos durante a formação do estudante dentro da descrição dos processos de promoção da saúde no próprio PPC, dos quais destacamos os trechos a seguir:

Entendendo que a humanização é fundamental na formação do graduando, a instituição estimula a prática da corresponsabilidade na produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva e no processo de gestão em saúde, através de práticas sociais. Assim, o curso de Medicina da FTESM participa de atividades com cunho social, representadas pelas: Semana da Responsabilidade Social, Projeto Itinerante e Projeto de Promoção de Saúde nas Escolas, com participação de docente e discente, visando à integração do Curso e a Comunidade adjacente à EMFTESM (PPC, 2016, p. 12).

Compreender as funções da medicina na evolução e história humana, na atualidade, nos seus compromissos científicos e filosóficos, nos princípios humanísticos e éticos, e no seu papel na qualidade da vida humana (PPC, 2016, p. 28).

Os trechos selecionados nos mostram que a ênfase em humanização e atendimento humanizado está presente no planejamento do curso, e a verificação do alcance destas metas se dá por meio do trabalho do NDE que cuida para proporcionar aos alunos um nivelamento de boa qualidade acadêmica, incentivando-os a participarem de atividades complementares como monitoria, iniciação científica, participação nos Órgãos Colegiados, programas de extensão, palestras, seminários e eventos institucionais.

Os alunos são incentivados ao envolvimento em diversas atividades extraclasse na promoção da saúde como os serviços de manutenção, prevenção e recuperação da saúde humana na busca de uma medicina vinculada aos aspectos sociais dentro dos padrões que vem sendo estabelecidos em conferências internacionais de promoção de saúde. As aplicações das diretrizes do PPC à formação docente também incentivam a prática investigativa, os trabalhos em grupo e individuais à participação em seminários, das aulas teórico/práticas, dos exercícios, de debates, do desempenho de atividades extraclasse, de extensão e de estágio buscando o inter-relacionamento entre as disciplinas.

O PPC contempla o conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde como: “um direito humano fundamental, é um estado de completo bem-estar físico, mental, sociocultural e político, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade” (PPC, 2016, p. 14), ou seja, como um alto ideal de saúde humana, fazendo convergir o aprendizado, a assistência e a ciência. Embora tenha um peso importante na compreensão no processo de adoecimento da população na época em que foi formulado (1948), este conceito se encontra substancialmente ampliado na atualidade em vista das discussões promovidas no campo da Saúde Coletiva sobre a própria abrangência da concepção de saúde, agregando os determinantes sociais ao processo de promoção de saúde.

No campo das responsabilidades como a educação, assistência e pesquisa científica, citadas no conteúdo do PPC, é preciso identificar quais habilidades e competências realmente podem proporcionar à qualificação do discente, as condições de atender tais expectativas e direcionar a formação para o desenvolvimento destas habilidades e competências. As DCNs preveem este direcionamento nos seguintes capítulos:

Capítulo I (Das Diretrizes)

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

- I - Atenção à Saúde;
- II - Gestão em Saúde; e
- III - Educação em Saúde (p. 1).

Capítulo II (Das áreas de competências da prática médica)

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Capítulo III – Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina.

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução (p. 4).

Santos define competência de um modo mais aproximado à proposta de formação mais humanizada dos médicos:

(...) capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho. Compreende o uso habitual e criterioso do conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores, emoções e reflexões na prática clínica diária a serviço do indivíduo e da comunidade... na formação profissional na área da saúde deverá se traduzir na capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional (SANTOS, 2011, p. 35).

Fala de comunicação e não de escuta. O espaço dado à construção habitual de relações que enfatizem a autonomia do outro e a defesa da vida não aparece com clareza, mesmo assim nos ajuda a definir o que se tem em vista quando se fala de competências na formação médica.

Sobre a responsabilidade da assistência, o PPC incentiva a promoção de saúde nos padrões de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), e no campo da pesquisa, propõe um ajuste nos processos de ensino-aprendizagem que enfatizam recuperar, proteger e manter a saúde humana, que não deve ser reduzido somente a estas condições. Se há um ideal de saúde com base na definição da OMS, por que não assumir os referenciais da Promoção de saúde com uma visão mais ampliada que busque melhor qualidade de vida com análise das práticas no campo da saúde coletiva dos alunos da EMFTESM?

Embora a promoção de saúde e a qualidade de vida sejam propostas no escopo de um novo modelo de atenção em saúde, na formação médica as discussões da saúde coletiva como uma situação essencial para as mudanças do próprio modelo ainda precisam ser inseridas. Identificamos que as situações apresentadas no PPC afetam o coletivo, mas não se apontam diretrizes para mudanças efetivas nas aulas de práticas médicas. Há preocupação teórica com a transformação de um profissional num agente transformador da realidade sociocultural, mas, não se apontam as mudanças de práticas como relevantes aos processos de formação.

No item sobre o estudo da saúde contido no PPC defende-se promoção de saúde, valorizando as atividades de Medicina Social como relevantes ao processo de formação,

porém, é preciso agregar a participação do médico nas atividades da Medicina Social no sentido de “educar” o ser humano para a saúde.

Foucault afirma que a “medicina é uma prática social que somente em um dos seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente” (FOUCAULT, 2014, p. 144), e que tem um pano de fundo que é a tecnologia do corpo social. Sendo uma prática social, o conhecimento dos processos sociais que a atravessam é significativo para qualquer perspectiva de mudanças das práticas de emancipação centradas na defesa da vida.

As práticas que desejamos desenvolver tendo como referencial os contextos sociais, necessitam do cotejamento entre as práticas e os sujeitos envolvidos na busca de elementos que conduzam à humanização, conforme preconiza a PNH. No PPC se propõe a redução de aulas teóricas em favor de atividades de prática (PPC, 2016, p. 30), para fortalecer a prática médica em toda a formação. Entretanto, é preciso pensar de que maneira estas ideias se traduzem em direcionamentos práticos dos docentes nas atividades de prática. O PPC não estabelece como realizar tais atividades. Incentiva-se e o fortalecimento da disciplina de Medicina Social no que diz respeito a garantia dos espaços de prática e das abordagens no campo da promoção em saúde e prevenção da doença, todavia, não se oferecem roteiros no PPC orientadores para os docentes promoverem as relações de ensino-aprendizagem no campo das práticas. De igual modo, o desenvolvimento da habilidade de escuta, de uma boa relação médico-paciente, da empatia, bem como do empoderamento e dos direitos do cidadão não são citados como orientadores dos processos pedagógicos. Estão contidos apenas nos roteiros bimestrais de implementação das atividades nas aulas teórico-prática e prática na Medicina Social I para os iniciantes do curso.

Percebe-se que nem tudo o que ocorre no processo pedagógico aparece explícito nos currículos, mas necessita ser inserido na estrutura curricular de algum modo, esse processo é chamado de currículo oculto e sobre currículo falaremos adiante.

(...) o currículo oculto é constituído por aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazerem parte do currículo oficial explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes (SILVA, 2007, p.78 apud MALTA, 2013, p. 350).

A instituição demonstra preocupação com o aluno voltado para uma “formação geral bem preparado nos conhecimentos médicos e educado dentro dos princípios humanísticos da ética, e moral do respeito ao semelhante”. Sobre a formação humanística do profissional

Na educação do futuro médico graduado na Souza Marques é valorizada sempre a formação humanística do profissional. O respeito às diferenças e opções sexuais, à

diversidade étnica, às diferentes condições socioculturais, são valorizados no preparo do futuro médico. A relação médico-paciente, a relação com os familiares destes é sempre enfatizada a ser realizada dentro de princípios éticos e morais. A medicina pautada no amor ao próximo (e a ele próprio) é ensinada ao aluno, futuro médico (PPC, 2016, p. 81).

Tomando este último parágrafo de nossa na análise do PPC, podemos concluir que há compreensão de uma formação humanística atitudinal, voltada para o amor ao próximo embutido nas relações médico-paciente, numa linha que vai além dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

O estar voltado às ações de aspectos sociais considera o entorno da instituição, o conjunto de atividades de práticas investigativas e de extensão comprometida com o social e isto é feito pela instituição. Entretanto, consideramos que a visão sobre humanização apresentada no projeto é tímida para o propósito que se tem de formar médicos humanizados.

Observamos que, apesar do esforço pedagógico institucional na constituição do projeto de curso, ainda assim formamos alunos limitados quanto ao desenvolvimento de uma escuta qualificada e à construção de um acolhimento onde a autonomia do outro seja respeitada. É preciso que o aluno saiba elaborar projetos terapêuticos dentro de uma ótica de alteridade, compreendendo não apenas os aspectos que regem a defesa da vida, mas que também construa dignidade para o outro. Cumprir as formalidades de participação das práticas sociais, sem que o aluno se perceba como um profissional com responsabilidade para gerir suas práticas, não é suficiente para se promover uma formação com práticas humanizantes.

Há de se compreender que a ausência de entendimento sobre as contribuições da humanização enquanto política pública na discussão da formação do médico contribuirá para a visão do ser humano para além de um reclamante ou queixoso da saúde que precisa ser medicalizado. No meio de todas as atividades interdisciplinares nas quais o aluno está envolvido, o esforço para se refletir sobre a inclusão dos conhecimentos das ciências sociais na produção da saúde neste processo ainda é pequeno.

Quando se reporta ao compromisso educacional, social e cultural enquanto diretrizes principais do curso, no sentido de formar um profissional da medicina com competências em diferentes níveis de promoção da saúde humana, a proposta é, até certo ponto, ousada pois se propõe a trabalhar para elevar a qualidade de vida das pessoas da comunidade, a começar pelo seu entorno (PPC, 2016, p. 13). A pergunta que fazemos é, que tipo de serviços poderiam contribuir para esta elevação de qualidade de vida? Pois isso sugere situações para muito além da formação médica.

A abordagem sobre Saúde Coletiva implicaria numa construção da humanização em um campo em que não se confunda relações médico-pacientes respeitadas e cordiais com relações emancipatórias. Não é suficiente que os alunos tratem seus pacientes com cordialidade. Há que compreender a vida do outro e o impacto do sofrimento causado por uma doença, pelos tratamentos recomendados, ou ainda pelas recomendações de mudança da vida sugeridas pelos médicos no sistema de vida de seus pacientes. Há que se respeitar o direito do outro de conduzir sua própria vida mesmo que seja não acatando algumas orientações médicas. Há que se pensar em mudanças nas formas de trabalho que possam aprimorar a capacidade de assegurar a defesa da vida face à emancipação dos pacientes. Enquanto concluímos este tópico refletimos na pergunta: por que não se ampliar todo o escopo de humanização e das práticas de saúde definidos pela PNH para o campo da Saúde Coletiva tendo em vista uma dimensão mais explícita a respeito do cuidado?

5.5 O eixo curricular de Medicina Social

O eixo de Medicina Social é aplicado em todo o curso de Medicina, ou seja, do 1º ao 4º ano, na sequência das disciplinas Medicina Social I, II, III, IV e, no 6º ano com as disciplinas Atenção Básica e Saúde Mental. Como mencionado anteriormente o curso tem periodicidade anual e não semestral, de modo que cada disciplina é cursada ao longo de um ano e não de um semestre. O eixo está dividido em Ciclo de Formação, com duração de 4 anos, que se divide em Fundamentos de Medicina Social, Fundamentos da Medicina Curativa de Internato ou de Estágios (duração de 2 anos).

No 1º ano a abordagem se dá em aulas teórico-prática e prática no campo do serviço. Ao todo estão envolvidos cinco professores de prática que também dão aulas teóricas, abordando vários temas relacionados a promoção de saúde como alimentação saudável, higiene, cultura da paz (todos fundamentados nas diretrizes do Ministério da Saúde e órgãos oficiais) e que são trabalhados em escolas públicas do entorno da Escola de Medicina (1º semestre: bimestres 1 e 2) e na atenção básica, numa Clínica da Família que funciona como campo de experiência prática de Atenção Básica (2º semestre: bimestres 3 e 4). Nossa prática acontece na disciplina de Medicina Social I e II, como professora auxiliar.

No ementário da disciplina Medicina Social I, os alunos estudam temas significativos no campo da Medicina Social de acordo com o modelo de atenção médica vigente no país.

Percebe-se, todavia, uma abordagem tímida da antropologia médica e a abordagem em saúde coletiva se dá apenas com iniciação ao contexto histórico.

Introdução à antropologia médica: concepção do homem em medicina. Estudo geral da Saúde humana: concepções e definições. Cidadania: o meio ambiente, a saúde e a educação. Cuidados me saúde na atenção primária. A promoção da saúde. A educação em saúde. Determinantes sociais do processo saúde-doença. Níveis de prevenção e seus objetivos. Atenção integral à saúde. Iniciação à saúde coletiva: aspectos históricos. A reforma sanitária no Brasil. A saúde pública no Brasil. Iniciação à ética médica e bioética. Iniciação à semiologia e propedêutica: conceitos básicos aplicados à prática médica em medicina social. A Estratégia Saúde da Família no Brasil. Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentações. Política Nacional de Saúde. Orientação para a humanização da assistência à saúde (PPC, 2016, p. 47).

A ausência de uma abordagem mais profunda da Saúde Coletiva dificulta a compreensão do papel do médico no contexto das práticas. Inserir a discussão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, implicaria em problematizar as práticas sociais, abarcando a epidemiologia, as ciências sociais e humanas e a política/ planejamento articulada com os dispositivos da Política Nacional de Humanização, numa compreensão da PNH como construção coletiva via inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde, por meio da clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do Sistema Único de Saúde que se inserem nas discussões de prática.

A PNH como política que atravessa as demais políticas, propõe trabalhar a subjetividade e as relações que se dão no cotidiano das práticas, que implicam da utilização de instrumentos que potencializam os saberes, aproximam os sujeitos, incentivam o diálogo, valorizam os processos de trabalho, promovem a escuta e fortalecem vínculos e afetos (BRASIL, 2010b).

A visão do ser humano como ser social contribui para a introdução das ciências sociais na saúde pública redimensionando a epidemiologia, a política, a gestão e o planejamento de saúde, mostrando, portanto, um potencial que pode ser melhor explorado quando se falar em racionalidade médica, medicalização e acumulação do capital, dando sentido à proposta de um SUS que propõe integralidade do cuidado e defesa da vida.

Em relação aos conteúdos e métodos aplicados na disciplina Medicina Social II no ano de 2016 focaram nos estudos epidemiológicos, promovendo o conhecimento dos determinantes que colaboram para o adoecimento da população e estimulando os alunos na

associação dos conteúdos teóricos com a vivência no contexto do serviço. Em seu ementário consta:

Histórico da epidemiologia: conceituação e aplicações na atenção à saúde. Epidemiologia descritiva, medidas de saúde coletiva: indicadores de saúde. Fontes de dados e validade de indicadores de saúde. Transição demográfica e epidemiológica. Medidas de frequência das doenças e óbitos. Epidemiologia de agravos não transmissíveis e transmissíveis. Epidemias e endemias. Doenças crônicas e causas externas. Modelos epidemiológicos. Diagnóstico de necessidades em saúde. Vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e outras vigilâncias. Ações preventivas individuais e coletivas. Modelos de fatores de risco. Epidemiologia analítica: associação e causalidade. Estudos observacionais e experimentais. Conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. Validade dos estudos. Reprodutibilidade e confiabilidade. Importância do diagnóstico em epidemiologia. Estudos de teste diagnóstico. Medicina baseada em evidências. Estudos de revisão sistemática e metanálise (PPC, 2016, p. 54).

O conteúdo epidemiológico se aplica no contexto da prática de saúde, promovendo o conhecimento do perfil populacional de áreas de cobertura das equipes da Clínica da Família facilitando a identificação dos fatores que contribuem para o adoecimento da população, por meio de visitas ao território, contato com os profissionais da equipe, participação nos grupos educativos e nos diálogos com os profissionais e a população.

São propostos estudos na construção de diagnósticos que auxiliem os alunos na formulação de ações que sejam elas preventivas, individuais e/ou coletivas no sentido de ampliar o conhecimento da situação de saúde de indivíduos e da população, favorecendo a compreensão das necessidades de saúde da população (PPC, 2016, p. 54).

A construção pedagógica da parte prática se dá por meio de programação bimestral na qual os coordenadores da disciplina organizam os conteúdos a serem aplicados nas quatro turmas. A inserção dos alunos de medicina em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro em atividades práticas acontece desde o 1º ano do curso de medicina, e está em vigor há aproximadamente 10 anos. Este cenário é referencial das atividades práticas da disciplina de Medicina Social I e II nos dois primeiros anos do curso.

Em 2016 houve inovação nas atividades práticas com a contratação de seis preceptores médicos da Clínica da Família para trabalharem em conjunto com os docentes promovendo uma maior integração com o corpo técnico e melhorando o acesso dos alunos à realidade local, ao mesmo tempo estimulando-os à compreensão do trabalho em equipes de saúde da família. Percebe-se o propósito institucional de atender o que aponta as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, ao se reportar ao perfil do graduado do curso da seguinte forma:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (DCN, 2014).

A experiência com os preceptores foi bem recebida por docentes e alunos para o amadurecimento das relações entre academia e os serviços à população. A construção de conhecimentos por meio da articulação dos profissionais que atuam no campo evidenciou tensões na efetivação das propostas. Surgiram inquietações entre os limites da atuação docente e a atuação dos preceptores num processo de compartilhamento que ainda estava em construção e que pretendia promover encontro dos alunos em espaços compartilhados com outros profissionais.

Foram promovidas reuniões para articulação entre gerência da Unidade, os preceptores e os docentes, na construção de propostas de ação para o ano, de forma organizada e planejada, visando a integração entre os profissionais e o fortalecimento das ações no campo.

Dessa forma vimos como a PNH propõe mudanças estruturais na forma como nossos médicos são formados. Vimos o papel das Diretrizes Curriculares Nacionais para a composição de currículos de formação em Medicina e observamos como acontece, na prática, a introdução destes conceitos no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de uma escola específica no Rio de Janeiro e observamos a distância que se dá entre o projeto teórico e a efetiva formação humanizadora do médico. Por fim analisamos como se dá a aplicação dos conteúdos práticos na disciplina de Medicina Social II do curso da referida escola. Tal escolha se deu em função da maior disponibilidade do horário para esta disciplina. No próximo capítulo, a título de resultados de nossa observação, traremos situações concretas do dia-a-dia da formação médica, das indagações dos alunos e da participação dos docentes no trato das questões anteriormente levantadas.

6 A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DO PROCESSO FORMATIVO

Nos capítulos anteriores desta pesquisa nos debruçamos sobre o alinhamento do surgimento da Medicina Social, da Medicina Integral e da Saúde Coletiva como campos de conhecimento e de formação médica. No segundo capítulo levantamos alguns problemas presentes no cotidiano e na prática da Medicina Social, abordamos principalmente as questões referentes à racionalidade médica, à medicalização não colonizadora e os conflitos de interesses que envolvem esta prática, promovendo acúmulo de capital por meio de prescrição que precisa analisar a invasão na vida do outro. Também falamos do cuidado integral e da forma como o indivíduo que é tratado pelo sistema de saúde precisa ser visto numa perspectiva emancipatória. No terceiro capítulo examinamos o surgimento da Política Nacional de Humanização e as políticas que contribuíram para a formulação e implementação no Sistema Único de Saúde. No quarto capítulo fizemos um recorte de campo, com foco numa escola de medicina específica, na intenção de mostrar o grande desafio que é desenvolver consciência no estudante de medicina sobre o cuidado integral do paciente em perspectiva proposta por Mattos (2010). Neste sentido, mostramos os caminhos apontados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais aplicados ao Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da referida instituição.

Neste último capítulo mostraremos como acontece a interação entre teoria e prática dos estudantes de medicina em atuação no Sistema Único de Saúde, e algumas lacunas pedagógicas no âmbito da prática como também as tensões que surgem no momento de atuação destes estudantes e professores no atendimento em função da própria estrutura organizacional de cada posto. A título de conclusão da pesquisa, queremos registrar o que observamos do tratamento diário de todos os fatores mencionados nos capítulos anteriores, quando estamos imersos no processo de ensino-aprendizagem enquanto docentes e alunos de medicina. O que trazemos aqui é não estudo de caso propriamente dito, mas menção de episódios ocorridos no âmbito do colocar em prática as Diretrizes, Projeto Pedagógico, o Currículo, a elaboração das aulas teóricas e o desenvolvimento e aplicação das atividades práticas. Nosso campo de observação para este estudo é o da disciplina Medicina Social II, mais especificamente, em razão do projeto inovador de integração com preceptores de uma Clínica da Família, e por está situada nossa atuação docente com maior disponibilidade de horário.

6.1 O papel dos relatórios de gestão na produção de indicadores

Um dos elementos do trabalho em saúde que afeta os processos de formação médica é a análise e interpretação dos indicadores apresentados nos relatórios de gestão das unidades de saúde.

Cecílio (2011, p. 599) sugere que se traga para a avaliação dos processos de gestão do cuidado, as dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Sugere também que sejam implementados indicadores menos “duros” e estruturados, que possibilitem o planejamento de uma gestão do que ele chama de “processos micropolíticos” do cuidado, pois isso contribuirá para aproximação entre gestores, pesquisadores e gerentes e equipes que realizam o cuidado.

Os relatórios de gestão servem para contabilizar as ações desenvolvidas pelo serviço no sentido de verificar o alcance de metas, propor correção dos caminhos a serem percorridos para maior eficiência dos serviços. Os relatórios de gestão são necessários para os processos de Certificação no Reconhecimento do Cuidado com a Qualidade (CRCQ), promovidos pela SMS da Cidade do Rio de Janeiro em 2015/2016.

Nos relatórios de gestão verifica-se um modelo de controle de produtividade muito aproximado do processo de avaliação do trabalho propostos por Taylor (modelo taylorista de gestão), com associação dos conceitos de produtividade e quantidade. Campos (2010, p. 34) salienta que a construção de modelos de gestão nos moldes tayloristas, com um gerencialismo focado em quantidade, embota a capacidade de os profissionais das equipes refletirem criticamente sobre o que estão de fato produzindo. O autor e a Política Nacional de Humanização propõem caminhos opostos a este tipo gestão de produtividade com foco em quantidade.

Ao se reportar a Taylor, como o criador da teoria científica da administração, que acabou consolidando a racionalidade gerencial hegemônica que orientam o funcionamento das grandes organizações, salienta que alguns destes princípios gerenciais são reconhecidos por quase todas as naturezas de organização:

- (1) a especialização e seleção instrumental do trabalhador;
- (2) *the best one way*, ou a ideia de que cada trabalho tem uma única e melhor forma de ser realizado, forma esta definida cientificamente por um *expert*. (CUNHA; CAMPOS, 2010, p. 34)

Observamos que, no mundo do trabalho em Saúde, se faz amplo uso das teorias científicas da administração, sendo observados especialmente os princípios de especialização do trabalho e a separação entre quem pensa e quem executa. Cada etapa do trabalho é executada por um trabalhador especializado naquela tarefa. O trabalho final realizado é o somatório do trabalho de todos os trabalhos realizados em cada fase (BRASIL, 2016, p. 3).

Os modelos de gestão centralizados e hierarquizados de maneira vertical, quando aplicados à saúde, contribuem para que o trabalhador seja desapropriado do seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o seu protagonismo e sua autonomia na execução das políticas e na produção de saúde (HENNINGTON, 2007, p. 556).

Observando as características dos relatórios gerenciais nos processos de avaliação do trabalho, vamos prosseguir descrevendo como acontece a interação dos participantes do trabalho em saúde (professores, preceptores, alunos, usuários) na inserção de políticas de humanização na prática do atendimento aos usuários nas atividades práticas da disciplina de Medicina Social.

6.2 O desenvolvimento teórico-prático da disciplina de Medicina Social II

Oriundos da disciplina Medicina Social I, os alunos adentram o segundo ano do curso cursando a disciplina Medicina Social II. O primeiro semestre da disciplina de Medicina Social II em 2016 teve como objetivo apresentar a Epidemiologia de maneira mais geral e aplicar os conceitos teóricos aprendidos em Medicina Social na prática em serviços de saúde, articulando também o conhecimento técnico dos preceptores recém chegados ao nosso sistema de formação. Este espaço de trabalho prático ocorreu na Unidade de Saúde descrito anteriormente.

Além dos conceitos básicos da Epidemiologia também foi inserido no programa da disciplina o estudo sobre os principais sistemas de informação em saúde, orientando os alunos na construção e interpretação de indicadores de saúde dos relatórios e identificação de fatores de risco que podem influenciar o perfil de saúde da população da área de cobertura do serviço.

As atividades práticas, associadas a estes conteúdos teóricos, consistiam de: orientações gerais sobre a prática no serviço, seminários sobre a importância da Epidemiologia na formação do médico, visita à Unidade de Saúde, estudo do território, construção do relatório de campo e aulas no laboratório de informática. A turma foi dividida

em equipes de quatro alunos que atuavam sob supervisão conjunta dos docentes e dos preceptores.

A iniciativa de inseri-los nas atividades das equipes revelou-se como boa alternativa no sentido de fazê-los conhecer os processos de trabalho das equipes de saúde da família, fortalecendo vínculos, propiciando o conhecimento dos usuários, do território e desenvolvendo maior consistência nas ações da atenção básica. As aulas práticas foram oportunidade de grande aprendizagem, não apenas para os alunos, mas também para os docentes, que já desenvolviam este tipo de atividade há vários anos, mas até então, sem a participação dos preceptores.

Durante o exercício das atividades, constatamos algum nível de desconforto e alguns conflitos entre alunos, professores e preceptores em relação à programação pré-estabelecida, a organização e distribuição das atividades dos preceptores em atendimentos, reuniões fora do espaço da clínica, reuniões de equipe, na supervisão de residentes, além dos acompanhamentos dos alunos nesta realidade.

O desconforto se dava porque era necessário compreender previamente os processos de determinada atividade, e para isso era necessário dedicar tempo fora das horas em classe da disciplina, colidindo com agendas de outras atividades acadêmicas dos alunos. Alunos, professores, preceptores e equipes de saúde trabalharam em alternativas de forma que as tensões fossem solucionadas sem afetar os pacientes e usuários do sistema.

A aula inaugural do primeiro bimestre foi realizada com a apresentação dos preceptores e docentes aos alunos. Os preceptores apresentaram o Relatório de Gestão da Clínica da Família do ano de 2015, reconhecido como *Accountability*,¹ visando conhecer os indicadores de desempenho, de resultados clínicos, dos trabalhos em equipe e da realidade local. A partir desta apresentação ficou constatado que o Relatório de Gestão estava moldado pela perspectiva gerencialista, centrada em indicadores quantitativos de produção e os poucos indicadores qualitativos, que mediriam os resultados do trabalho da Clínica, não mediam aspectos essenciais de cuidado em saúde.

As aulas do deste bimestre tinham o objetivo de levar os estudantes ao conhecimento do território a fim de identificarem temas que contribuíssem para avaliar o impacto dos serviços de saúde nas condições de saúde da população. As atividades estavam inseridas no tópico sobre Epidemiologia e Serviços de Saúde que consta na ementa da disciplina. O tópico

¹ Pinho e Sacramento mencionam a não existência de um termo único em português que defina a palavra *Accountability*, para estes autores, aproxima-se da responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, e o não cumprimento desta diretiva geraria ônus para este responsável (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1347).

era discutido em classe e aplicado num roteiro de atividades a serem desenvolvidas no serviço. O resultado era apresentado em formato de seminário, o formato regular de fechamento de cada atividade prática é uma roda de conversa para avaliação de aprendizagem dos alunos.

Um cronograma bimestral e um roteiro para orientação dos alunos foram criados para acompanhamento da frequência dos alunos à clínica e ao laboratório. A divisão do trabalho aconteceu por meio de rodízio. 24 alunos eram encaminhados ao serviço clínico e os outros 24 ao laboratório de informática para aula de indicadores. Depois os grupos eram trocados e as atividades alternadas.

O roteiro para análise das visitas médicas constava dos seguintes itens:

- a) Contextualização da visita, identificando e descrevendo: finalidade da visita, profissional responsável e o usuário;
- b) Descrição baseada na percepção durante a observação do território. (Pessoa - Espaço): características físicas do local (ex.: asfalto, tipo de habitação, presença de valão, presença de lixo na rua, etc.) e características individuais (caracterizar a população, ex.: nível social, características demográficas);
- c) Elencar fatores positivos ou negativos que poderão interferir na saúde;
- d) Proposta de seminário no final do bimestre: cada grupo apresentou oralmente o Relato de Campo da micro-área numa apresentação de cinco minutos.

Algumas tensões foram surgindo na aplicação deste modelo de atividades práticas e que nos levaram a revisão dos planos de aula. Por exemplo:

Embora planejada com antecedência a organização do trabalho acabou provocando falta de tranquilidade nos alunos, pois inicialmente a quantidade de integrantes e de grupos era muito grande (8 grupos com 6 alunos), sendo remodelados posteriormente para 6 grupos de 4 alunos cada um atuando simultaneamente nas atividades da Clínica da Família.

Outro embargo foi o conflito de horários. Dávamos prazo suficiente para que os alunos se inscrevessem nos grupos, mas muitas vezes demoravam na resposta por não conseguirem adequar os horários de comparecimento à Clínica da Família com demais atividades acadêmicas. A pressão para definir as composições dos grupos junto à Coordenação também causava ansiedade.

Apesar de todo o planejamento as visitas foram inviabilizadas, fosse por falta dos profissionais comparecendo ao território, fosse por localização do local visitado estar em área de risco, algumas vezes por impossibilidade de saída, ruídos na comunicação sobre os

horários das visitas (visitas pela manhã e aulas à tarde), atraso nas atividades da tarde por conta dos horários de almoço dos preceptores, tensão dos alunos com horário de deslocamento às suas casas. Tudo isso gerou diversas tensões e ansiedades. A cada encontro a organização do trabalho era remodelada para melhorar a integração, era também discutida a implementação das atividades. As visitas que não foram realizadas foram frustrantes para alguns grupos e também para os docentes.

Os preceptores também tiveram entraves para participar das aulas de Psicologia Médica que eram concomitantes às aulas do 2º ano. Os residentes também estariam envolvidos dando suporte aos preceptores o que não ocorreu.

Os temas que foram sugeridos por meio dos seminários deveriam ser apresentados em formato de estudos descritivos com possibilidades de implementação em equipes formadas por estudantes e preceptores. Os docentes estariam na articulação com os preceptores discutindo a viabilidade de implementação das propostas levantadas no seminário. Os alunos estavam ansiosos por ver o resultado de suas observações do território sendo viabilizadas como propostas de implementação, algumas eram viáveis, dependendo apenas de boa articulação entre os professores, coordenadores e preceptores. Numa nova reunião com a coordenação do curso e todos os envolvidos identificou-se quais temas eram possíveis de serem implementados em formato de práticas de Medicina Social e articulou-se o envolvimento das equipes e dos preceptores para avançar no segundo bimestre.

Decidiu-se, para o segundo bimestre que, diante de todas as situações vivenciadas no primeiro bimestre, haveria discussão dos temas e observação do atendimento no ambulatório. Percebemos que perguntas mais assertivas quanto ao propósito da atividade a ser executada, proporcionariam maior clareza sobre os objetivos dos estudos propostos. Para que o foco da atividade não fosse perdido perguntas como: tema do grupo, expectativas do grupo frente ao tema, que método usariam para coleta de dados para os estudos fizeram parte do roteiro orientador.

Os grupos apresentaram as seguintes propostas iniciais, algumas mais bem elaboradas, outras em construção:

- a) Automedicação do idoso;
- b) Conhecimento da população da microárea Y sobre a dengue, zika e chikungunya;
- c) Avaliação dos idosos que se consultam na clínica. Eles são os que mais necessitam da atenção básica?

- d) Avaliação dos pacientes com ansiedade/depressão cadastrados na microárea X na Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID;
- e) Avaliação da atenção à saúde da população masculina assistida pelas equipes da microárea Z;
- f) Acesso à saúde por pacientes hipertensos;
- g) Perfil de saúde dos cuidadores;
- h) Dificuldades/necessidades da população em relação ao trânsito.

A intenção sobre os próprios alunos proporem os temas para trabalho era a de estimulá-los na articulação com os demais profissionais das equipes procurando o entendimento e a possibilidade de construção de práticas em conjunto. Neste sentido integrar os alunos aos preceptores e as equipes, além de estimulá-los a terem iniciativa da busca e contato com as equipes foi uma boa alternativa para o alcance dos objetivos do estudo da disciplina.

6.3 A narrativa oral e a escuta qualificada no cotidiano das atividades

O espaço de escuta qualificada das narrativas como parte da política de humanização deve ser adotado no trabalho em saúde a começar pelos próprios educadores. Durante a implementação deste projeto observamos preocupações que se revelavam em algumas falas dos participantes do programa da disciplina de Medicina Social.

6.3.1 Situação 1: muita gente no consultório

Numa conversa com uma preceptora sobre a organização das atividades, no sentido de ouvir sua opinião a respeito dos temas propostos, a preceptora narrou um dado importante sobre a presença dos alunos no consultório durante a observação do atendimento. Após a remodelagem dos grupos havia sido definido a quantidade de quatro alunos em cada consultório para observarem os atendimentos e as maiores demandas de cada equipe. Em seu relato ela afirmou: “precisamos ter mais preceptores, são 4 alunos e mais o residente para atender e observar o usuário, muitas pessoas e isto constrange o usuário”. Tive que responder

que precisaria passar a situação para ser avaliada pela coordenação porque não estava em meu poder definir a quantidade de alunos no consultório.

Na minha percepção, a preceptora estava preocupada, e com razão, com a qualidade do atendimento e com a privacidade do usuário, pois uma quantidade de pessoas muito grande em consultório quando o paciente está sendo clinicado realmente constrange o paciente e constrangeu até a mim, professora. A preceptora pode ter percebido isso até mesmo na expressão do usuário com a quantidade de pessoas em consultório.

No meu papel como docente, minha função era organizar as atividades conforme estabelecido nos acordos entre os representantes da Clínica da Família e da Escola de Medicina Souza Marques.

Como elaborado no programa da disciplina, tais temas seriam trazidos para a roda de conversa e novos elementos surgiriam. Os alunos relataram que o constrangimento não aconteceu apenas com o usuário e com a preceptora, mas também com eles, alunos e observadores. A determinação sobre a quantidade de pessoas em consultório era constrangedora para todos os envolvidos.

Os alunos reportaram que determinadas perguntas feitas pelo preceptor ao usuário não eram respondidas. Quando as perguntas envolviam Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), os usuários, principalmente os mais jovens, ficavam inibidos.

Reportaram também que em consulta ginecológica, eles não queriam invadir a privacidade das mulheres e pediam para respeitá-las, esperando do lado de fora, especialmente os alunos do sexo masculino.

6.3.2 Situação 2 – acolhimento por meio da escuta

As aulas aconteceram às segundas e quartas, a partir das 13hs, numa sala destinada pela Clínica da Família aos alunos e professores, chamada sala da preceptorial. Cheguei com antecedência para obter informações sobre as equipes envolvidas nas atividades da tarde para confirmação da presença dos preceptores, tendo em vista as várias atividades nas quais estão envolvidos.

Vinte e quatro alunos participariam deste momento. Eles foram avisados antecipadamente sobre qual seria a atividade a ser desenvolvida naquele encontro. O estudo proposto para aquela ocasião se referia à identificação dos fatores de risco e sobre como

coletar dados para o estudo. Eles já estavam divididos em subgrupos e conheciam os preceptores das equipes nas quais estariam inseridos

Os preceptores estavam presentes, mas não haveria visita. Informam que participariam dos atendimentos existentes e do encontro com um grupo de hipertensos e diabéticos da nutricionista do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), que após contato com ela, concordariam em acolher os alunos.

Orientei os diferentes grupos de alunos para se deslocarem para o consultório e para o auditório. Os alunos se dirigiram para os consultórios e eu me dirigi ao auditório para acompanhar a atividade do grupo que estaria com a nutricionista.

No caminho encontrei uma antiga funcionária, que já havia sido colega de trabalho na Coordenadoria de Saúde. Ela era chefe de outra Unidade que também utiliza o espaço da clínica. No breve encontro ela desabafou toda a sua frustração em relação ao sistema de saúde hoje. Em suas palavras: “Estamos vivendo um (des) sistema de saúde, pois a reinauguração da Clínica da Família com todo o aparato de beleza, vive uma saúde de maquiagem, pois existe um posto de saúde ao lado no qual não há assistência, além da falta de profissionais. As chefias perderam seu papel de acompanhar as metas, avaliar o desempenho e organizar a busca de faltosos, pois para não perder o atendimento, as chefias têm que atender no acolhimento, com apoio inclusive do Conselho Distrital, mas sem nenhuma condição de assistência”. Enquanto narrava esta percepção, demonstrava intenso nervosismo.

Enquanto eu ouvia esta colega, buscava entender as mudanças que estavam sendo processadas no interior da Clínica e a forma como os funcionários não eram ouvidos nas suas demandas. Concordei com a funcionária. Pedi para que não desanimasse diante do que estava acontecendo, mas que procurasse conversar com a gerência sobre esta insatisfação. Ela assentiu, pediu desculpas pela catarse e agradeceu. Nos despedimos ali.

Escutar esta funcionária me levou a pensar quantos funcionários estão adoecendo dentro do sistema de saúde porque não são ouvidos. A proposta do acolhimento se dá no âmbito de todas as relações do ambiente de trabalho, nos encontros entre os usuários e trabalhadores, e também entre trabalhadores e trabalhadores.

6.3.3 Situação 3: terceirização de responsabilidades

Numa determinada atividade, um dos preceptores designou um grupo de alunos para ficarem na baia do acolhimento com um Agente Comunitário de Saúde (ACS), para conversarem sobre determinado tema. Eles concordaram. Uns dez minutos depois eles retornaram, informando que não encontraram a ACS mencionada, estavam esperando e ninguém sabia aonde ela tinha ido. Pediram para irem para sala de curativos ou para imunização. Os alunos são atraídos para os espaços onde o público circula, pois gostam de ver as pessoas sendo acolhidas.

Procurei pela respectiva ACS indo até sua baia e, de fato, os outros ACS não sabiam dizer onde ela tinha ido. Tentei localizar o preceptor, igualmente sem êxito. Solicitei à equipe da imunização que recebesse estes alunos provisoriamente, pois deveriam retornar ao acolhimento. Quando a ACS voltou ao setor, orientei o grupo a conversar com ela sobre o tema que estavam estudando.

Depois de uns vinte minutos os alunos retornaram reportando que o tema proposto para diálogo não era tratado pela agente de saúde, mas sim por um auxiliar de enfermagem que ninguém sabia onde estava. Respirei fundo!

Lembrei que a residente da equipe estava presente e orientei que fossem conversar com ela. Os alunos assentiram, já contrariados com tantas idas e vindas, mesmo assim foram à residente. Quando nos reunimos para a avaliação da atividade com o grupo, apenas uma aluna retornou, informando que o auxiliar de enfermagem também não era a pessoa indicada, mas sim outro agente de saúde que auxiliou na construção do tema. Perguntei pelos demais alunos e a resposta que tive foi: “foram embora” ...

Nesta situação percebi os efeitos da escuta qualificada preservada e da escuta ignorada. A forma como os alunos não foram escutados com detalhamento em função da atividade que precisavam desenvolver articulados com as equipes da Clínica da Família provocaram desgaste, cansaço, insatisfação e por fim desinteresse.

6.3.4 Situação 4: pro-atividade emancipatória

Um grupo de alunos, que estudava Transtornos de Ansiedade e Depressão na População, propôs uma intervenção junto aos ACS. Sugeriram abrir um debate com os ACS sobre as situações que os levam a apresentar sintomas de ansiedade e depressão. Eles usaram

uma tabela que ajudava a calcular os níveis de depressão que poderiam levar uma pessoa ao suicídio, partindo das doenças para identificar as situações que levam ao adoecimento.

A estratégia que construíram foi a de promover uma Roda de Conversa com os ACS no espaço da Clínica. Ao final da atividade narraram: “abrimos um debate com os ACS para melhorar o olhar deles sobre estes casos. A preceptora também participou do debate, falando da importância dos ACS, que eles são os olhos dos médicos na casa dos pacientes. A situação mais interessante foi contada por uma ACS sobre uma jovem que estava na unidade e não se lembrava quem era. Ela chegara à CF na hora de fechar, e como não existe um protocolo a ser seguido, ela ficou sem direcionamento e foi ignorada por muitos funcionários, a ACS tentou de todas as formas possíveis ajudar a jovem, tentou até interná-la, até que desistiu de seguir as normas e pediu favor a um amigo dos bombeiros, que trouxe uma ambulância para internar a menina num hospital psiquiátrico.

Os alunos não souberam precisar a idade da jovem, no entanto o que chama a atenção neste episódio é a preocupação por parte do ACS que se sentiu responsável em dar uma resposta ao problema mesmo com a unidade prestes a fechar. Eles não souberam dizer qual o problema psiquiátrico que levou aquela jovem ao serviço. O que se faz nestes casos? É preciso ter um protocolo? Como lidar com uma situação que foge do padrão? Como lidar com a falta de informação? Mais uma situação entre tantas outras.

O que observamos aqui é que a preceptora fortaleceu o saber do profissional não-médico. Os alunos perceberam fortalecimento proporcionado pela preceptora e também o comprometimento da ACS, mas o que não fica claro é como agir nesses casos.

A busca pela solução de tais problemas é uma constante na Clínica. Os alunos ficaram atentos a situação, mas e a jovem? Quem era? Qual aparência? De onde veio? Por que veio? Indagações que precisavam ter sido respondidas naquele momento.

6.3.5 Situação 5: escutando os motivos do paciente

Um aluno de um determinado grupo acompanhou o ACS na visita domiciliar a uma senhora de 40 anos, com filhos, casada, morando com a mãe. Segundo ele a ACS foi entregar uma marcação da realização da mamografia tanto para mãe quanto para esta senhora, no entanto a marcação estava para o bairro da Barra da Tijuca. Quando a mãe recebeu a marcação falou que iria, mas a senhora de 40 anos falou que não iria.

Espantado com a atitude da senhora, o ACS perguntou para ela por que não iria? Ela respondeu que não queria ir. Ao retornar para avaliação da atividade, o aluno reportou que naquele momento ele não falou nada, mas ao discutir na Roda, reportou sua insatisfação com o paternalismo do governo, dizendo “as pessoas recebem tudo na mão, não têm trabalho para nada e ainda não fazem o que precisam fazer”. O grupo se manteve calado. Indagamos se eles gostariam de falar algo, mas o grupo se absteve.

Tentamos levar o aluno a compreender que tipo de situação pode levar aquela senhora a não querer ir ao exame de mamografia, a se esforçar por compreender os fatores que colaboraram para a atitude desta mulher sem julgá-la.

A importância foi colocada sobre a atitude de ‘não julgamento’ no papel do médico. O preceptor presente reforçou a necessidade de se compreender o contexto aonde vive a população, análise das condições de saúde e propor medidas que possam melhorar. O aluno assentiu, mas não satisfeito.

Não está claro se seria um exame de rotina, mas o que é interessante nesta fala é a reprodução de determinados comportamentos que não ajudam e que atrapalham no entendimento da situação do outro.

6.4 Dialogando com as situações apresentadas

Caminhando para a conclusão de nossa pesquisa, queremos recordar que nossa proposta foi explorar a potencialidade da humanização nas práticas médicas no campo da Saúde Coletiva. É preciso compreender a viabilidade da implementação de práticas humanizadoras no cuidado integral do indivíduo desde o momento em que o estudante de medicina inicia seu processo de formação. É trabalhar para promover integração entre os diferentes tipos de profissionais que atendem no serviço de saúde.

As situações reportadas acima nos fornecem vieses importantes para uma problematização sobre o atendimento e o cuidado humanizador na saúde coletiva. E com respeito às situações mencionadas, queremos dialogar ponto a ponto.

Na primeira situação, onde havia muita gente no consultório, o que verificamos é que, apesar de uma determinação institucional a respeito da quantidade de alunos em consultório no ato da consulta, o desconforto ocorreu em todos os níveis: preceptores, alunos e pacientes.

Quando este assunto for levado para avaliação da determinação é preciso que se perceba que nenhuma situação constrangedora no encontro entre médicos e pacientes é saudável.

Na segunda situação, na qual a funcionária foi acolhida por meio da escuta, observamos que os funcionários do SUS também são pessoas que participam do grande guarda-chuva que é a Saúde Coletiva e precisam ser ouvidos de maneira qualificada.

Entendemos que um modelo de gestão, seja da Unidade de Saúde ou da Instituição Educacional, focado em indicadores quantitativos, não contribui para a formação como futuros profissionais de saúde reflexivos e críticos, principalmente no campo de prática, muito pelo contrário.

A abordagem no campo da Saúde Coletiva envolve as normas da PNH, mas numa perspectiva de reorientação das práticas em saúde com transversalidade, democratizando as relações de trabalho e valorização dos trabalhadores de saúde.

Não se pode esquecer que a produção de saúde é feita por pessoas, com desejos, sentimentos, saberes e necessidades diferentes. Humanizar implica considerar não só os trabalhadores, usuários e gestores, mas o que eles são como pessoas, como indivíduos.

Os alunos que se encontram no campo de prática, lidam com um modelo de gestão com ênfase quantitativa, que vai na contramão de uma proposta humanizada de construção de processos de trabalho. Devemos lembrar que a reprodução dos modos de cuidar implementados por este modelo traz tensões e conflitos nos modos de construção do processo de trabalho dos futuros profissionais.

Como entender uma política que ressalta a importância dos trabalhadores se eles não são valorizados? Como promover a reflexão dos alunos voltados para uma formação humanizada se o próprio modelo contribui para a desumanização? Se não houver valorização dos trabalhadores da saúde, como humanizar as práticas?

O vínculo entre trabalhadores – usuários – estudantes e o controle social é frágil, ainda há a precarização das relações de trabalho, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, pouco investimento em educação permanente e ainda um despreparo dos profissionais em lidar que questões subjetivas que toda prática de saúde requer (HENNINGTON, 2007, p. 557).

Na terceira e quarta situações, na qual os alunos foram empurrados de um canto para outro sem conseguirem ser atendidos na sua necessidade de pesquisa médica e no caso em que a jovem apareceu no posto no horário de encerramento verificamos duas situações opostas.

Se a discussão sobre humanização das práticas em saúde, sob o olhar da Política Nacional de Humanização, afeta diretamente as relações nos processos de trabalho e no

encontro entre trabalhadores- usuários- gestores – alunos, não estaríamos reproduzindo as características impostas pelo modelo de gestão que se encontram nos moldes da administração taylorista que enfatiza a prestação de contas em detrimento da valorização do potencial dos trabalhadores?

Percebemos que alguns preceptores não entenderam a lógica da proposta de inserção dos alunos nas práticas clínicas e com as muitas atribuições que recebem, acabaram prejudicando a integração, pois além dos atendimentos, reuniões, supervisões da residência, ainda precisavam ter tempo para orientar os alunos dentro dos consultórios no momento do atendimento. Com isso delegavam aos agentes de saúde responsabilidades que não estavam programadas para aquele momento no sentido de se sentirem livres da incumbência de orientar os estudantes. Isso não seria uma forma de impedimento dos estudantes de medicina serem integrados ao corpo dos trabalhadores na saúde?

No segundo caso, em que o agente de saúde foi proativo e ajudou a jovem com problemas mentais, o preceptor não apenas fortaleceu a ação do agente de saúde como mostrou que pelo bem da vida da pessoa que busca o serviço de saúde, há ocasiões em que protocolos não prescrevem o que fazer.

Na quarta situação verificamos a pro-atividade dos alunos, o reforço dos agentes de saúde e dos preceptores diante da iniciativa dos alunos. Nos três casos verificamos formas positivas e negativas de se realizar acolhimento da escuta do outro.

Para entender sobre acolhimento é necessário trazer a concepção da própria PNH:

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos a, agasalhar, receber, atender, admitir” (Novo Dicionário Aurélio, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “está com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (BRASIL, 2016; BRASIL, 2010b).

Nas situações mencionadas, verificamos iniciativas de acolhimento por parte do aluno, do agente de saúde, do preceptor e até mesmo do docente.

Também encontramos na cartilha um item que explana bem as questões levantadas nestes casos, quando os analisa na perspectiva da Clínica Ampliada:

Os instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede

assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc. (BRASIL, 2009, p. 17).

Mais tarde, soubemos pela própria preceptora que o trabalho desenvolvido pelo grupo dos alunos em relação à Roda de Conversa com os agentes de saúde contribuiu para rever seus atendimentos e melhorar a qualidade do atendimento que prestava aos usuários que compareciam às consultas para adquirirem ansiolíticos. Tendo como base os resultados da Roda, ela passou a promover conversas em grupos para que os usuários pudessem verbalizar suas ansiedades.

O que podemos aprender com estas situações é que não podemos perder as oportunidades de dialogarmos sobre as situações concretas que se apresentam nas práticas de saúde. A percepção dos alunos deve ser incluída neste processo. A humanização em Saúde Coletiva passa por estes encontros entre trabalhadores-usuários-gestores-alunos-professores.

Na última situação, quando a paciente disse que não iria realizar a mamografia também observamos que escutar o que está sendo falado pelo paciente proporciona sentido para todo o trabalho em saúde.

Há passagens na cartilha da PNH que traduz a situação quando estamos na discussão com o aluno.

A escuta:

Significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida –as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma (BRASIL, 2007, p. 16).

Culpa e medo não são bons aliados da Clínica Ampliada:

Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Se esta não tiver flexibilidade, quando percebe que o usuário não obedeceu às suas recomendações, é bem possível que se irrite com ele, fazendo cobranças que só fazem com que o usuário também se irrite com a equipe, num círculo vicioso que não é bom para ninguém (BRASIL, 2009, p. 27).

A situação apresentada demonstra que muitas vezes nos deparamos com situações em que colocamos as nossas ideias e não nos deslocamos para entender o outro. A questão

conforme apresentada pelo aluno apresenta seu modo de ver o mundo. O docente e preceptor tentaram trazê-lo para a realidade do mundo real.

Em nenhum momento foi perguntado à usuária o motivo concreto de não querer comparecer ao exame de mamografia. Isso mostra uma oportunidade que ela teria de expressar sua insatisfação com algo. Sua insatisfação foi respeitada, pois não houve nenhuma imposição para sua ida. Expor como respeito a autonomia do outro de decidir sua vida é essencial no processo de construção da racionalidade médica. Todavia também não houve interesse para ouvir as razões da paciente o que poderia ter criado outras oportunidades de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões a respeito da problematização do ensino de Medicina Social, em especial da disciplina de Medicina Social II apontadas por este estudo contribuiu no enriquecimento do conhecimento acerca da Política Nacional de Humanização como uma das vertentes do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, apontando um viés importante na reflexão sobre a humanização associada à formação médica no âmbito da prática médica, além disso, a identificação de elementos como a racionalidade médica, os processos de uma medicalização não colonizadora e de acumulação de capital das grandes corporações médicas e da indústria farmacêutica que, conjuntamente, influenciam e financiam pesquisas no campo da saúde, contribuíram para analisar como se dão as práticas do cuidado no cotidiano do serviço de saúde.

O histórico do processo de construção do campo de conhecimento Saúde Coletiva permitiu a análise destas práticas não mais sob o olhar da Medicina Social, ampliando o nosso campo de visão para possibilidades de construção de um novo modo de fazer. Percebe-se que toda vivência aqui apresentada está voltada para o campo da Saúde Coletiva. Nesse processo de construção o estudo proporcionou-nos como numa viagem cartográfica. Mergulhamos em várias afetações, encontros, reencontros, desencontros, recuos, recomeços, como se fossem mesmo um entrelaçamento de energias.

Foram intensas as reflexões sobre como implementar as ações da Política Nacional de Humanização num cenário da formação em cujo processo há uma multiplicidade de ações, procedimentos e ideias, onde se dão os tensionamentos, os conflitos, a produção de vida e da saúde, e na maneira do fazer com que o aluno reflita sobre isto na sua formação profissional.

Percebemos que investigar o funcionamento da Saúde Coletiva é nosso papel enquanto educadores, gestores, profissionais de saúde, estudantes, médicos, a fim de ponderarmos nossas próprias práticas na produção de conhecimentos, enquanto sujeitos de promoção da saúde no SUS, sujeitos que:

(...) ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todos estes processos, ou seja, os sujeitos que interrogam são ao mesmo tempo os que produzem o fenômeno em análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo criam a própria significação de si e do fenômeno (BERTUSSI, 2015, p. 462).

Entendemos que humanizar vai muito além de uma relação caridosa, bondosa e cordial entre médico e paciente. A PNH abre caminhos para a reflexão sobre alteridade², para a construção de percepções comuns que acontecem por meio do encontro com a diferença entre sujeitos que se dão no cotidiano do serviço (PASCHE, 2009, p. 701). Ela abre espaço para olharmos as situações dentro de suas subjetividades numa perspectiva inovadora de valorização do outro mostrando e se mostrando como uma política inclusiva na produção do cuidado e do gerir.

Se sentir tocado por esta singularidade faz toda a diferença na formação do profissional da Medicina. O desafio está na maneira como discutimos o caráter subjetivo das práticas atuando num modelo de gestão que ainda é centralizador e tão desafiador. A PNH nos faz atentar para dispositivos que interferem no processo de trabalho e aponta para reflexões no campo da formação, como o acolhimento, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular.

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2007, p. 40).

Nos relatos que apresentamos, não tivemos condições de trazer narrativas que representassem a participação dos alunos no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Eles apenas participaram de encontros chamados de “canal teórico” pelos preceptores. A proposta deles era a de partir do conhecimento do grande número de determinadas doenças ou agravos e discutiam-se as melhores condutas médicas. Os alunos não demonstravam interesse nestes encontros, o que acabou por deslocarmos os estudantes para outras atividades. Isso era uma dificuldade. Refletir sobre como eles poderiam ser afetados pelo PTS nos incomodava.

Nas situações que apresentamos, verificamos dois tipos de escuta, aquela em que a escuta foi preservada e aquela em que a ausência da escuta gerou insatisfação, cansaço e desinteresse por parte dos alunos.

Ao longo das cartilhas da PNH identificamos que o cuidado clínico centrado na doença, na queixa, é desinteressante inclusive para os estudantes de Medicina. É preciso considerar a análise dos sujeitos e na singularidade que expressam para além da doença.

² Segundo o caderno de textos da cartilha da Política Nacional de Humanização, alteridade vêm do latim alter: outro referindo-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas (BRASIL, 2010b, p. 51).

(...) para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular. Inclui um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo (BRASIL, 2009, p. 12).

Estas situações são ínfimas em relação às inúmeras situações que acontecem na prática. A questão está no potencial que percebemos para desnaturalizar o naturalizado, quando se estabelece o diálogo entre as situações, os contextos sociais, os docentes das práticas, os preceptores, os agentes de saúde e todos os sujeitos envolvidos na perspectiva de trabalhar a promoção da Saúde Coletiva, acompanhando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina e o Projeto Pedagógico do Curso. É preciso verificar se entre as situações naturais que acontecem no cotidiano do trabalho, a racionalidade médica está dominando o processo de maneira positiva ou negativa, se a vida está sendo invadida, se a medicalização não está sendo abusiva e se os interesses que estamos de fato defendendo são os da vida ou os do capital.

Entendemos que além da discussão dos determinantes do processo saúde-doença nas aulas de Medicina Social necessitamos problematizar os processos de determinação social das práticas médicas na formação médica. Os elementos citados aqui por Mattos (2010) dão sentido a proposta de um estudo mais aprofundado sobre o campo da prática em Medicina Social contribuindo na discussão das aulas de prática em medicina.

Ao chegarmos ao final desta investigação, esperamos que esta perspectiva tenha oferecido, por meio da análise documental e da observação participativa, possibilidades de diálogo sobre a verdadeira humanização na implementação dos princípios e diretrizes da PNH na formação médica, e contribuições para médicos, estudantes de Medicina, preceptores, profissionais da saúde em geral que estejam interessados em transformar as relações humanas em encontros problematizadores de sua prática de tal modo que se sintam afetados pela construção de relações mais humanas em seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA- FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n.12, p. 2234-2249, dec 2010. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/03.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

AKERMAN, M., FEUERWEKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar. Que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G.W. de S.(Org); MINAYO, M. C. de S.(Org); AKERMAN, M. (Org); JÚNIOR, M. D. (Org.); CARVALHO, Y.M. de (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2015. p. 171- 185.

ARAÚJO, D. Noção de competência e organização curricular. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 31. p. 32-43, jun. 2007. Suplemento 1. Disponível em: <<http://netuno.lcc.ufmg.br/~michel/docs/ArtigosTextos/Gerencia/competencia%20profissional.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

AROUCA, A. S. da S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975. Disponível em:<<https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunic, Saúde, Educ.** Niterói, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar.- ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BERTUSSI, D. et al. Viagens cartográficas: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA.T.W.de F. (Org.) **Análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 461-485, 2015. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol 15, supl 0, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu**: Sociologia. Renato Ortiz (Org.). Trad. Paula Monteiro e Alicia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983. Disponível em: <https://mega.nz/#F!HkYxgaob!GyW4fGftU_8ABK5u0rS1hg> Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços e dá outras providências. **Portal Legislação do Senado Federal** Brasília, jun. 2011. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/legislacao/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2016. 32 p. **Rede Humaniza SUS**. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Rede Humaniza SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Rede Humaniza SUS**. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 26 out 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Rede Humaniza SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Rede Humaniza SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS; v. 1). **Rede Humaniza SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério

da Saúde, 2004. 20 p. (Série B. Textos básicos de Saúde). **Rede Humaniza SUS**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. **Rede Humaniza SUS**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. **Portal do Ministério da Educação**, Brasília, jun. 2014. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de mar. 2018.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campos e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 29 de out. 2017.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out.-dez.1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CARVALHO, R.S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **PHYSIS: Revista da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 251-1269, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2015.v25n4/1251-1269/pt>. Acesso em: 01 jul. 2018.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação saúde educação**. v.15, n.37, p.589-99, abr.-jun. 2011 . Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 jul. 2018.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Editora Vozes, p. 295-316, 2008.

CONRAD, P. **The Discovery of hyperkinesis**: notes on the medicalization of deviant behavior. Soc. Probl., [S.l.], v. 23, n.1, oct., p. 12-21, 1975 apud CARVALHO et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente. Disponível em: < [file:///C:/Users/Rosalva/Downloads/The Discovery of Hyperkinesis Notes on the Medical .pdf](file:///C:/Users/Rosalva/Downloads/The%20Discovery%20of%20Hyperkinesis%20Notes%20on%20the%20Medical.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Fiocruz. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G. W. S. Método paideia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**. Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jun/julh. 2010. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468/364>>. Acesso em: 26 out. 2104.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: Produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, mar. 2014. p.72-79.

FLECK, M.P.de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (whoqol-100) características e perspectivas. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n. 1, pp. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Roberto Machado (Org.). 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. p. 143-170.

FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Rio de Janeiro, 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 01-69.

GODOY, A.S. Entendendo a pesquisa científica. In: HANASHIRO, D.M.M (Org); TEIXEIRA (Org), M.L.M.; ZACARELLI, L.M (Org). **Gestão do fator humano: uma visão baseada em stakeholders**, 2 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2008. p. 358-377.

GOULART, B.N.G; CHIARI, M.B. Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031>. Acesso em:10 jun. 2016.

GUÉRIN, J. Médecine Sociale: au corps médicale de France. **Gazette Médicale de Paris**. Paris, 1848, p. 183 apud NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas.

HECKERT, A.L.C., PASSOS, E., BARROS, M.E.L.B. Um seminário dispositivo: a humanização do sistema único de saúde (sus) em debate. **Interface: Comunic. Saúde e Educ**. Botucatu, v.13, supl.1, p. 493-502, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002>. Acesso em: 16 jun. 2016.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>>. Acesso em: 03 de jun. 2017.

HOUAISS, A. V. M. de S. Minidicionário da Língua Portuguesa. 4ª ed. Revisada. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico. **Hist. ciênc saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, p. 48-70, mar-jun 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jul. 2018.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade de saberes e práticas- análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

_____. **Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos**. CEPESC-IMS/UERJ LAPPIS: Abrasco. Rio de Janeiro, 2007, p.103-134.

MALTA, S. C. L. Uma abordagem e teorias afins visando a compreensão e mudança. **Espaço Currículo**. [S.l.], v.6, n.2, p.340-354, maio-ago. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rec/article/viewFile/3732/9757>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

MARIANNO, Lília Dias. Impureza: sexualidade e saúde pública no judaísmo do Período Persa. In: **Revista Vértices**. DLO/FFLCH-USP São Paulo, n. 11, p.110-130, 2011.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C. e LIMA, J. C. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de sus**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 460-483, 2010. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/195.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo? **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, supl.1, p. 66-81, abr.-jun., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 jul. 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2014. p.77-132.

_____. Qualidade de vida e saúde um debate necessário. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20545>>. Acesso em: 10 mar 2018.

NOVAES, M. R.C. G. et al. Inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola Pública no Distrito Federal, Brasil. **Acta Bioética**, Santiago, v.15, n.2, p. 202-211, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n2/art11.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan Cesar Garcia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 29, n 9, p. 1752-1762, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a15v29n9.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol 15, n. 1, p.13-38, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n1/v15n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Saúde coletiva: história e paradigmas. **Aula inaugural do curso de pós-graduação de Medicina Preventiva em 07 de março de 1997**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/1998.v2n3/107-116/>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. Editora Hucitec Fiocruz, 2015, p. 20-33.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007. 182 p.

OLIVEIRA, W. F. Humanização na saúde: perspectivas epistemológicas sobre o discurso e a prática. In: JORGE. M. S. B., SILVA. R. M. da, CATRIB, A. M. F. (Orgs). **A Transversalidade epistemológica da saúde coletiva**. Fortaleza: EdUECE, 2013, cap.7. p.179-220.

OSMO, A; SCHRAIBER, L. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p. 205-218, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>>. Acesso em: 12 de out. 2017.

PAIM, J. S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador, EDUFBA, 2006. p.158. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. 2007. 300 f. Salvador. Tese (Doutor em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: avanços, limites e perspectivas. Bahia, Fiocruz, 2008. Disponível: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6234>>. Acesso em: 19 set. 2016.

_____. ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1 ed., Rio de Janeiro: Medbook. Rio de Janeiro, 2014. p. 720.

_____. ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? [S.l.]. **Rev. Saúde Pública**, vol 32, n.4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2017.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na para a produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: Comunic. Saúde e Educ**. Botucatu. v.13, supl.1, p.701-8, 2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a21v13s1.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, no 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027>. Acesso em: 19 set. 2016.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 18 p.

PINHO, J.A.G.; SACRAMENTO, A. R.S. Accountability já podemos traduzi-la para o Português?. **Revista de Administração Pública – FGV**. Rio de Janeiro, 43(6), nov.- dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/06.pdf>>. Acesso em: 15 out 2017

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, abr.-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: FREEMAN, H. E.; LEVINE, S. & REEDER, L. G. (eds.). **Handbook of medical sociology**. New Jersey: Prentice-Hall, 1963, p. 18-51 apud NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol 15, n. 1, p.13-38, jan./jun. 2005.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D., GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. [S.l.], n. 1, jul. 2009. Disponível em: <http://redenep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf>. Acesso em 24 jul. 2014.

SALLES, J. S. Medicina no Antigo Egito. Em: InfoEscola. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/história/medicina-no-antigo-egito/>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SANTOS, B. S. Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática.2001. **A Crítica da Razão Indolente**: contra o desperdício da experiência apud MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C. e LIMA. J. C. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de sus. Disponível em:<<https://pensamentosnomadas.blogs.sapo.pt/livros-de-boaventura-de-sousa-santos-em-22193>>. Acesso em: 04 ago. 2018

SANTOS, W. S. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. bras. educ.med.** Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p.86-92, jan.- mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a12v35n1.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SILVA, T. T. Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2007 apud MALTA, S. C. L. Uma abordagem e teorias afins visando a compreensão e mudança. **Espaço Currículo**. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/feff/article/view/83/2679>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

TOMAZ, J.B. O desenho do currículo. In: MAMEDE, S.(Org); PENAFORTE, J.(Org); SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.; SÁ, H. **Aprendizagem baseada em problemas** – anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: HUCITEC/ESP, 2001.