

**RETRATOS DA FORMAÇÃO MÉDICA NOS NOVOS CENÁRIOS DE PRÁTICA.** Nogueira MI. São Paulo: Editora Hucitec; 2012. 157p.

ISBN: 978-85-64806-05-4

O livro de Maria Inês Nogueira vem em boa hora. A despeito de estar acontecendo uma grande discussão na área da epistemologia, capitaneada pelas ciências *hard* em alguns meios acadêmicos (embora ainda sejam poucos, e tal discussão seja praticamente ignorada nas ciências sociais), muito pouco se vê aqui no Brasil. Este livro trata, na verdade, de uma discussão epistemológica que se coloca por meio da formação do profissional em medicina. Com base no conceito de estilo de pensamento desenvolvido por Fleck, a autora encaminhou seu trabalho para a possibilidade de pensar-se em transformações epistemológicas. Na prática, só por meio dessas poderão verdadeiramente se fazer valer os preceitos constitucionais de 1988 consubstanciados no Sistema Único de Saúde. Palavras suas: “*para que se possa modificar um estilo de pensamento médico, há que se modificar a compreensão do processo saúde-doença e o modo de fazer clínica*” (p. 16). Isso é epistemologia. Este livro, resultado de estágio pós-doutoral, é leitura obrigatória para todos aqueles preocupados com o tema saúde em geral.

No capítulo 1, *A Reorientação da Formação Médica: De um Olhar Anatomoclínico para um Olhar Ampliado*, a autora apresenta seu quadro teórico, partindo dos estudos de Michel Foucault. Esse autor chamou de anatomoclínico o olhar que passou a existir quando se deixou de lado a vida para ver a morte, e o hospital passou a ser o centro não só do tratamento de doenças, como também da produção de verdades. No Brasil, aponta a autora, diferentemente do que acontece em outros países, a clínica, por meio da Saúde Coletiva, tornou-se objeto de investigação. O debate que se coloca aqui procura dar conta de compreender a construção de práticas de cuidado integrais no sentido de que o trabalho em saúde seja realmente humanizado. Assim, os conceitos de “tecnologias leves” (que dizem respeito às relações) e “necessidades de saúde” (condições físicas, emocionais e sociais dignas de viver) vão ao encontro de outro olhar, de outra compreensão do processo de adoecimento humano que procura fugir do paradigma cartesiano tão bem representado no modelo flexneriano de organização da formação médica.

No capítulo 2, *O Quadro Metodológico da Investigação*, é apresentado o campo de pesquisa, a Escola Médica da Universidade Federal Fluminense (UFF). A escolha deveu-se ao processo de mudança curricular desenvolvido por essa instituição desde 1992, cuja intenção era articular as relações entre universidade e sociedade por meio do serviço de saúde. O novo currículo, implantado em 1994, privilegiava a inserção do aluno, desde o início do curso, na rede de serviços e práticas comunitárias, retirando-o, nesse primeiro momento, da estrutura hospitalar. Tal inversão, ao deixar

de ver a morte imediatamente – por meio do hospital – e procurar ver a vida, ficou representada principalmente nas disciplinas de Trabalho de Campo Supervisionado (TCS I e II, que aconteciam nos dois primeiros anos), coadjuvadas pelas de Saúde e Sociedade e Epidemiologia. Tendo o princípio da integralidade como arcabouço analítico, a autora elegeu o “olhar” como categoria central de análise, e os conceitos de “estilo de pensamento/coletivo de pensamento” de Fleck para desenvolver a etnografia que se propôs por intermédio das técnicas de análise documental, observação participante e entrevistas. Essas foram feitas com alunos e preceptores/professores dos grupos observados.

*A Construção de um Olhar Ampliado*, o capítulo 3, relata as falas dos alunos entrevistados em relação ao novo currículo da UFF, especialmente no que se refere à ausência de Anatomia no primeiro semestre – disciplina presente senão em todos, mas em quase todos os cursos de medicina no Brasil. Trabalho de Campo Supervisionado I e Saúde e Sociedade I foram as disciplinas que mais chamavam a atenção dos alunos pelo fato de serem as mais diferentes, as que não existiam em outras escolas de medicina. Assim, nesse primeiro semestre já ficava clara a opção pelo polo ético-humanístico. O olhar ampliado se dava pelo acréscimo da incorporação de saberes não biomédicos.

*Um Olhar sobre o Sujeito: Aprendizagem em Cenários da Vida Real*, o capítulo 4, relata a experiência dos alunos em transporem o aprendizado feito em sala de aula para os cenários da vida real. Isso foi possível pela inclusão de Trabalho de Campo Supervisionado I (no primeiro e no segundo semestres). À época da pesquisa, foram trabalhados os temas do envelhecimento no primeiro semestre e aids para o segundo período, assuntos escolhidos entre tantos outros. A disciplina de TCS desenvolve-se da seguinte forma: inicialmente são feitas discussões sobre metodologia da pesquisa social, seguidas por trabalho com textos voltados para cada temática específica. Assim, referindo-se apenas ao primeiro semestre, foram desenvolvidas as seguintes atividades: discussões de texto sobre o tema, apresentação de entrevistas realizadas pelos alunos com idosos próximos, preparação de roteiro de entrevista com idosos nas visitas aos asilos, visitas a espaços que oferecem cursos e atividades para idosos, discussão do tema sexualidade na terceira idade (com dramatização final desenvolvida pelos alunos) e visita a um centro de convivência que oferece atividades artísticas para idosos.

*Um Olhar sobre a Produção do Cuidado em Saúde na Atenção Básica*, o capítulo 5, relata a experiência dos alunos em Trabalho de Campo Supervisionado II, que ocorre no terceiro e no quarto semestres. A proposta, em acordo com TCS I, é proporcionar contato, vivência e reflexão dos estudantes de medicina nos espaços institucionais voltados para a produção do cuidado de saúde na Atenção Básica. Nesse segundo ano do curso de medicina, o aluno está dentro de uma unidade de saúde, em contato com a complexidade do ato de cui-

dar, fazendo rodízio para conhecer sua demanda e seu funcionamento, desde a sala de curativos até o sistema de informação.

O capítulo 6, *Discussão dos Resultados*, trata das conclusões que puderam ser tiradas da inclusão das disciplinas de Trabalho de Campo Supervisionado I e II. Sobre a primeira, embora no dizer da autora tenha se ampliado o olhar sobre o adoecimento humano, proporcionado pelo referencial das ciências humanas, críticas foram apontadas pelos alunos, como o excesso de carga horária. Em relação à TCS II, observou-se que os objetivos foram alcançados, já que se entendia o sujeito em seu contexto social numa ampliação da clínica por meio da construção de vínculos e trabalho em equipe multidisciplinar. Uma crítica à disciplina se destacava entre os alunos: o número reduzido de preceptores.

*Integração Curricular: Limites e Possibilidades*, o capítulo 7, relata as dificuldades enfrentadas para a implantação do novo currículo. Entre outras, destacam-se a tripla cisão na formação por conta de uma divisão do corpo docente: professores da área da Saúde Coletiva, professores do Instituto Biomédico (responsáveis pelas disciplinas básicas) e professores das áreas clínicas. Essa divisão praticamente invalida os esforços para mudanças efetivas. Por outro lado, há possibilidades de melhoria mediante investimento no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Nas considerações finais, a autora pontua sobre o modelo de formação profissional do médico inserido no estilo de pensamento biomédico, e o desafio de toda ordem que se coloca para quem deseja ampliar a ideia de clínica. Pode-se concluir com a autora que sementes foram plantadas. O tempo será de fundamental importância para que frutos/flores venham a ser colhidos/as pela sociedade. Não há como fazer colheita sem o ato de plantar. Este foi feito.

Fátima Cristina Vieira Perurena  
Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil.  
perurena@terra.com.br

**RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: ESTUDOS TEÓRICOS E EMPÍRICOS.** Luz MT, Barros FB. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2012. 452p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).  
ISBN: 978-85-89737-71-5

Este livro é fruto de 20 anos de trabalho do grupo liderado por Madel T. Luz, conhecido atualmente como Grupo Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde, do Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Constituído por 16 capítulos de diferentes autores, o livro se divide em duas partes, Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde, respectivamente. Organi-

zado por Madel T. Luz e Nelson Filice de Barros, o livro traz importantes reflexões sobre o Campo da Saúde Coletiva e a construção do conhecimento em racionalidades médicas/práticas integrativas em saúde.

A primeira parte referente à racionalidade médica apresenta conclusões teóricas, além de um estudo empírico que evidencia a contribuição deste conceito para o campo da saúde coletiva. O conceito de racionalidades médicas é construído como um tipo ideal weberiano, o qual descreve/interpreta um conjunto de fenômenos observáveis de acordo com um modelo ideal logicamente definido, que é *a posteriori* comparado com realidades empíricas particulares específicas para estabelecer se estas se enquadram ao conceito ideal-típico. Isso difere do conceito clássico grego, em que procura-se explicar um fenômeno por uma operação lógica *a priori*, o que supõe o paradigma da causalidade, no qual busca-se uma lei que representaria o real.

O tipo ideal é, portanto, um constructo lógico que traz como principal benefício a desnaturalização da superioridade do conhecimento científico ocidental, colocando a medicina ocidental contemporânea em igual patamar de análise com os demais sistemas médicos que coexistem no mundo.

Racionalidades médicas é, assim, todo o sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica (o que é estar doente ou ter saúde), um sistema diagnóstico, uma cosmologia e um sistema terapêutico.

Essas seis dimensões, ao serem aplicadas à realidade, permitem tecer estudos comparativos entre sistemas médicos de origens culturais diferentes como as medicinas tradicionais chinesa e ayurvédica, a homeopatia e a medicina ocidental contemporânea, situando-as no contexto sócio-histórico contemporâneo, pois os sistemas médicos, principalmente os saberes tradicionais, não existem sem história e têm a capacidade de estarem sempre sendo modificados pelos atores sociais, apresentando continuidade teórico-prática entre passado e presente.

É possível a partir daí traçar paralelismos e convergências entre as racionalidades médicas orientais e a homeopatia, que são sistemas que enxergam o ser humano em sua relação com seus pares e seu meio, buscando a promoção do equilíbrio dinâmico de sua energia vital, que varia de acordo com sentimentos/pensamentos, as relações familiares e sociais e os comportamentos dos indivíduos, estando embasados, por tanto, no chamado paradigma vitalista, que enxerga o corpo como uma totalidade bioenergética.

Em contrapartida a medicina ocidental contemporânea possui como cosmologia a mecânica clássica e sua noção cartesiana de universo e corpo humano como máquinas, em que prevalece a proposição de leis de aplicação geral e ignora-se a multicausalidade em benefício de causas lineares (as patologias seriam causadas por um micro-organismo, um vírus ou um defei-

to genético na “máquina”). Essa racionalidade assume como foco central a diagnose das doenças (dos defeitos da máquina), tendência crescente com os avanços tecnológicos dos últimos 50 anos, deixando a terapêutica para segundo plano: “*trata-se de uma medicina de máquinas para (preservação de) máquinas*” (p. 235).

Conclui-se assim que “*racionalidades médicas é um operador conceitual que permite analisar ou comparar sistemas médicos complexos em perspectiva teórica, analítico-descritiva, ou empírica, seja globalmente, como um todo, seja dimensão a dimensão*” (p. 219). Portanto, essa ferramenta teórica abriu um campo fecundo de conhecimento que permite estudar as relações entre distintos sistemas médicos e suas representações de corpo, saúde, doença e tratamento e a aplicabilidade das práticas integrativas nos serviços públicos de saúde.

A segunda parte deste livro é composta por oito artigos que abordam as práticas integrativas em saúde, sua metodologia, institucionalização, paradigma, base sociológica e discute algumas pesquisas do respectivo tema. Doravante, a metodologia de pesquisa em PIS é levantada a questão de sua validação por meio de estudos clínicos randomizados, já que estes visam a uma homogeneização do tratamento para indivíduos diferentes; as práticas integrativas em saúde, por sua vez, possuem uma abordagem altamente subjetiva que considera outros fatores além do biológico, como o emocional, social e energético, quando se busca validá-las por estudos clínicos randomizados esvazia-se toda a sua lógica de funcionamento e os resultados são oscilantes e discordantes.

Isso demonstra que a pesquisa em práticas integrativas em saúde exige uma pluralidade científica que valide outros modos de saber, como, por exemplo, a pesquisa qualitativa que inclui a experiência subjetiva do indivíduo. Outro contraponto para a validação por meio da realização de estudos clínicos convencionais é de estes necessitarem da separação entre objeto e observador para serem considerados válidos, o fato de se utilizar este instrumento na validação das práticas integrativas em saúde desvirtua a lógica das mesmas, por estas estarem apoiadas em uma fenomenologia profunda, na qual há uma conexão entre observador e objeto em que o observador interfere diretamente no objeto observado. Portanto, os resultados provenientes da aplicação das práticas integrativas em saúde estão diretamente ligados à relação terapeuta/doente.

Uma forma alternativa de validação das racionalidades médicas/práticas integrativas em saúde é por meio do processo sociopolítico, que teve início com a contracultura nas décadas de 1960/1970, e trouxe de volta as medicinas vitalistas como a medicina chine-

sa e a homeopatia, que propõem um novo modelo de atenção em contraponto ao modelo alopático que é eficiente em manter o paciente alienado de sua própria situação; isto decorre do fato da biomedicina conceber a doença como agente externo, o que gera uma falta de consciência e autorresponsabilidade do indivíduo sobre sua própria saúde, retirando-lhe a oportunidade de autoconhecimento e o poder pessoal de autotransformação que o processo saúde/doença oferece. Diferentemente, a medicina vitalista tem como premissa esse processo como um desequilíbrio da energia vital que pode ser restituída pela tomada de consciência e autotransformação. O movimento político das racionalidades médicas/práticas integrativas em saúde tem crescido nestas últimas décadas devido à falta de confiança na medicina contemporânea, no poder de cura de seus agentes oficiais e insatisfação no relacionamento médico-paciente; contudo devido a este crescimento e institucionalização das racionalidades médicas/práticas integrativas em saúde, sua proposta inicial de mudança de modelo de cuidado está ameaçada devido à incorporação destas práticas ao modelo biomédico hegemônico.

A relação com o corpo também marca a cultura das práticas integrativas em saúde, os autores contam a história do *bodybuilding* e realizam uma crítica de como tornar um corpo forte com caráter obediente e dócil é o reflexo da articulação do biopoder e da biopolítica. Em contraponto a essa cultura do *bodybuilding*, os autores apresentam outra pesquisa com práticas corporais terapêuticas aplicadas a pacientes com fibromialgia, demonstrando como estas podem proporcionar elementos que a biomedicina negligencia, como a dimensão dos sentidos e a relação com o corpo e a doença, proporcionando aos participantes novos valores por meio da gestualidade e da consciência corporal, estimulando o autoconhecimento corporal e o reencontro do sujeito consigo.

A pesquisa em racionalidades médicas/práticas integrativas em saúde anuncia o alvorecer de um novo paradigma em saúde, permitindo o aprofundamento do estudo comparativo de distintos sistemas médicos e sua aplicabilidade no sistema público de saúde, contribuindo assim para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência que promove a integralidade do cuidado e a pluralidade dos saberes.

Pedro Mourão Roxo da Motta  
Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.  
terapeutapedromotta@hotmail.com

Ricardo de Almeida Marchiori  
Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, Brasil.  
ric.marchiori@gmail.com