

# Trabalho em Saúde e Trabalho Médico: Especificidades e Convergências

## Work in Health and Medical Work: Specificities and Convergences

Maria Inês Nogueira<sup>1</sup>

### PALAVRAS-CHAVE:

- Conhecimento.
- Prática profissional.
- Saúde Coletiva.
- Tecnologia Médica.
- Educação Médica

### KEYWORDS:

- Knowledge.
- Professional Practice.
- Collective Health.
- Medical Technology.
- Medical Education.

### RESUMO

*Este ensaio apresenta um contraponto entre o trabalho em saúde e o trabalho médico a partir das relações existentes entre o conhecimento e a prática. Assume que a problemática da saúde diz respeito às relações entre a natureza e a cultura. Reconhece que a introdução das ciências humanas no campo da saúde relativizou o discurso biológico e que a marca desse campo é a multidisciplinaridade. Identifica o estilo de pensamento biomédico como o principal responsável pelas especificidades do agir médico. Analisa e critica o impacto da tecnologia sobre a prática médica. Sugere que as propostas de mudança na educação médica, ao incorporarem as premissas humanizantes trazidas pelo campo da Saúde Coletiva, funcionariam como pontos de convergência com o trabalho em saúde e poderiam concorrer para a transformação do trabalho médico.*

### ABSTRACT

*This essay presents a counter-argument between work in health and medical work having as starting point the existent relationships between knowledge and practice. It presupposes that the health problematic regarding the relationships between nature and culture. It recognizes that the introduction of human sciences in the health field relativized the biological discourse and the benchmark in this field is interdisciplinary. It identifies the biomedical thought style as the main component for the specificities on how the medics act. It analyzes and criticizes the technological impact on the medical practice. It suggest that the change proposals in medical education when incorporating the humanizing premises brought by the Collective Health field worked as convergent points with the health work and could contribute to the medical work transformation.*

Recebido em: 04/01/2012

Aprovado em: 19/08/2012

## INTRODUÇÃO

Pensar sobre o trabalho em saúde requer uma reflexão sobre as relações existentes entre o conhecimento e a prática. Embora não se possa estabelecer uma relação linear entre o saber e o fazer, visto que toda ação de saúde é uma prática social que se encontra submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos, é preciso reconhecer que não há prática sem conhecimento prévio e utilização de técnicas<sup>1,2</sup>.

Do mesmo modo, não se pode pensar o trabalho médico sem discutir, ainda que de forma sucinta, o estilo de pensamento médico, orientado pelo modelo biomédico, que molda grande parte desse trabalho. Tal estilo, ao configurar o olhar médico, é o principal responsável pelas especificidades do agir médico.

Assim, neste ensaio, inicialmente refletiremos sobre a complexidade da “problemática da saúde”, veremos as principais matrizes da organização do trabalho em saúde e entraremos em contato com algumas proposições do campo da Saúde Coletiva sobre os novos modos de construir modelos de atenção em saúde centrados nos usuários. Então, subsidiados pela discussão sobre o trabalho em saúde, lançaremos nosso foco mais especificamente sobre o trabalho médico.

## A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE

A constituição da medicina moderna no início do século XIX delineou a problemática da saúde nos registros individual e social. O saber médico configurou-se, assim, como clínica e como prática médica, discurso sobre o corpo singular e discurso sanitário sobre o espaço social. Com a emergência da sociedade industrial, a saúde dos indivíduos passou a incluir as condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições sanitárias do espaço social<sup>3</sup>.

Nesse contexto, surge o campo da saúde pública, como polícia médica e como medicina social, resgatando a dimensão social das enfermidades e tendo como estratégia dominante o combate às epidemias e endemias por meio do esquadramento do espaço urbano com dispositivos sanitários. A partir daí, a leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando com sua universalidade as práticas de medicalização. Segundo Birman<sup>3</sup>:

a saúde pública encontrou definitivamente o seu solo fundador na biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide. (p.9)

Por outro lado, Birman<sup>3</sup> nos mostra que a concepção de Saúde Coletiva, bem ao contrário, se constituiu por meio da crítica sistemática do universo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. Desde a década de 1920, as ciências humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Em suma, o discurso da Saúde Coletiva pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial.

Birman<sup>3</sup> argumenta que o reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anatomofuncional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos. Por isso, os diversos recursos das ciências naturais, irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias, possuem alcance limitado, já que a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico. Portanto, a constituição do discurso teórico da Saúde Coletiva, com a introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico.

Ao assumir que a problemática da Saúde Coletiva diz respeito às relações entre a natureza e a cultura, na medida em que estas regulam a produção epistemológica de seus discursos teóricos e o agenciamento das práticas sanitárias, Birman<sup>3</sup> enfatiza que a marca desse campo é a multidisciplinaridade por admitir em seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa.

## MATRIZES DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Visando reconhecer as principais matrizes da organização do trabalho em saúde, resgatamos parte da discussão de Mendes<sup>4</sup> em *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*, no qual o autor aborda a dimensão ideológica do processo de distritalização da saúde e assinala a existência de, pelo menos, dois paradigmas tecnoassistenciais distintos que guardam coerência com os projetos políticos da saúde: o paradigma clínico (associado ao projeto neoliberal) e o paradigma sanitário (associado à Reforma Sanitária).

O paradigma clínico tem suas bases assentadas no Relatório Flexner, documento produzido nos Estados Unidos em 1910 e que organizou o ensino médico centrado na categoria doença e cujas intervenções ocorrem mediante processos de

trabalho informados pela clínica. Este paradigma, segundo Mendes<sup>4</sup>, compõe-se dos seguintes elementos ideológicos:

(a) Mecanicismo: analogia entre corpo humano e máquina, quando homens-máquina (os profissionais de saúde), por meio de instrumentos (máquinas), atuam sobre máquinas-homem (os pacientes), reparando seus defeitos;

(b) Biologismo: reconhecimento predominante da natureza biológica das doenças, de suas causas e consequências;

(c) Individualismo: escolha do indivíduo como seu objeto e exclusão dos aspectos sociais de sua vida;

(d) Especialismo: aprofundamento do conhecimento específico em detrimento da globalidade inerente ao seu objeto;

(e) Exclusão das práticas alternativas: a prática médica oficial se considera a única científica e anula e restringe outras práticas;

(f) Tecnicização do ato médico: a tecnologia passa a ter um valor em si mesma, independentemente de sua eficácia, como nova forma de intermediação entre os homens e a doença;

(g) Ênfase na medicina curativa: a prática médica concentra sua atuação na medicina curativa, prestigiando o processo fisiopatológico em detrimento da causa, por ser este setor o mais suscetível de incorporação tecnológica.

De outro modo, o paradigma sanitário reflete uma concepção ampliada do processo saúde-doença e subordina o trabalho clínico a uma organização do processo de trabalho, o trabalho sanitário, com raízes na epidemiologia, entendida como estratégia populacional ou de saúde pública que direciona os esforços para a transformação das condições de vida de grupos de populações e a modificação de sua situação geral de saúde. Do ponto de vista da organização de serviços, este paradigma foi influenciado pelas proposições de um documento elaborado em 1920 na Inglaterra — o Informe Dawson. De acordo com Mendes<sup>4</sup>, os principais elementos ideológicos do paradigma sanitário são os seguintes:

(a) Globalidade: o sujeito da prática sanitária é visto como uma unidade biopsicossocial inserido numa realidade histórica;

(b) Determinação social do processo saúde-doença: o biologismo não é negado, mas superado pela incorporação de variáveis socioeconômicas determinantes do processo saúde-doença;

(c) Coletivismo: resgata-se a natureza coletiva dos sujeitos da prática sanitária sem desconhecer suas dimensões individuais;

(d) Equilíbrio no conhecimento geral/especializado: estabelecimento de uma distribuição equilibrada entre saberes gerais e especializados;

(e) Inclusão de práticas alternativas: valorização de práticas alternativas eficazes e deliberação entre os discursos de saúde popular e oficial;

(f) Uso de tecnologia adequada: utiliza-se a tecnologia adequada, ou seja, a que apresenta, em seu nível de complexidade, eficácia e custo social mínimo;

(g) Integralidade da atenção: recompõe-se a integralidade das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras.

Outro ponto importante para a nossa reflexão sobre o trabalho em saúde é o resgate de um dos conceitos-chave para a implantação dos distritos sanitários utilizado por Mendes<sup>4</sup> — o *enfoque por problemas*. A opção teórico-metodológica de trabalhar com o *enfoque por problemas* traz algumas implicações importantes, como a necessidade de rediscutir os conceitos de saúde e doença, além de questionar quais seriam as condições de vida compatíveis com o bem-estar social. Dessa perspectiva, é possível considerar a categoria doença, que orienta o trabalho médico, apenas como um dos elementos contidos no universo mais abrangente do *enfoque por problemas*.

#### NOVOS MODOS DE CONSTRUIR MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Para uma compreensão mais abrangente do trabalho em saúde e das possibilidades de intervenção nesse campo, a área de Saúde Coletiva tem apresentado propostas voltadas para a construção de modelos de atenção em saúde centrados no usuário.

Segundo Merhy<sup>5</sup>, um modelo que deseja se pautar pela centralidade do usuário deve procurar sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde para a que se pauta pelo mundo das *necessidades de saúde*. O conceito de *necessidades de saúde* foi desenvolvido originariamente por Stotz e aprimorado por Cecílio e Merhy<sup>5</sup>. De acordo com os autores, as necessidades de saúde podem ser definidas como: (a) necessidade de boas condições de vida; (b) necessidade de ser alguém singular com direito à diferença; (c) garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; (d) necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação); (e) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito).

Para inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde e modificar radicalmente o processo de trabalho em saúde, temos a proposta do *acolhimento*. Resumidamente, a diretriz operacional do *acolhimento* parte dos seguintes princípios: (a) atender a todas as pessoas que procu-

ram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal, criando possibilidades para o estabelecimento de *vínculo, responsabilização e resolutividade* dos problemas de saúde; (b) reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma *equipe multiprofissional*, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seus problemas de saúde; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. O *acolhimento* seria a argamassa capaz de unir trabalhadores e usuários em torno de interesses comuns: a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e que esteja sob controle da comunidade<sup>6</sup>.

No que diz respeito à participação do médico no modelo de atenção pautado pela diretriz do *acolhimento*, algumas considerações devem ser feitas. A mudança do processo de trabalho exige uma interação constante entre a equipe multiprofissional, sendo que todos são parcialmente responsáveis pela condição de saúde das pessoas, ou seja, a responsabilidade não recai apenas no médico; preserva-se esse profissional para situações de maior complexidade — os casos agudos e aqueles cuja resolução, em geral, necessita de tecnologia médica. Embora essa proposta cause certo receio na categoria médica, que pode se sentir ameaçada no exercício do seu micropoder nos serviços de saúde e por não ter sido formada para desenvolver trabalho em equipe, experiências em Belo Horizonte (MG)<sup>7</sup> e Chapecó (SC)<sup>8</sup> mostram que, vencidas as resistências iniciais, os médicos que aderiram a essa proposta ganharam mais tempo e qualidade no trabalho que realizam.

O movimento sanitário brasileiro, em virtude da gestão do trabalho médico, voltou-se para a clínica como objeto de investigação. Em *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*, Campos<sup>1</sup> aponta alguns caminhos por onde se daria a superação das dificuldades da clínica tradicional. Propõe a *Clínica Ampliada*, que seria capaz de lidar com a singularidade de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Acredita-se que a qualificação e a superação dos desafios do SUS, tanto na atenção básica quanto na atenção hospitalar, necessitam do enfrentamento da questão da clínica do médico e dos outros profissionais de saúde<sup>9</sup>.

O cuidado em saúde tem sido tema de reflexão de diversos autores na área da Saúde Coletiva<sup>10,11</sup>. Por ser o núcleo comum da ação de todas as profissões de saúde, o cuidado é utilizado como categoria analítica fundamental para uma formação profissional em saúde orientada sobre as premissas da integralidade — “o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos

profissionais que atuam nesse campo”<sup>12</sup>. Nesse sentido, o trabalho em equipe é considerado um dispositivo privilegiado na direção do cuidado e da integralidade das ações de saúde. Assim, novas práticas podem ser criadas no cotidiano dos serviços de saúde com o objetivo de formar redes multiprofissionais de cuidado que possam atuar melhor frente à “problemática da saúde”.

### O ESTILO DE PENSAMENTO (BIO)MÉDICO

O núcleo da epistemologia comparativa de Fleck<sup>13</sup> é formado por dois conceitos: o coletivo de pensamento, definido como “uma comunidade de pessoas intercambiando ideias mutuamente ou mantendo interação intelectual” (p.39); e o estilo de pensamento, “uma constrição definida do pensamento; [...] a totalidade da preparação ou disponibilidade intelectuais para uma forma particular de ver e agir ao invés de qualquer outra” (p.64). Portanto, o estilo de pensamento não é uma característica opcional, que pode ser escolhida voluntariamente ou conscientemente, mas antes uma imposição feita pelo processo de socialização representado pela inclusão em um coletivo de pensamento<sup>14</sup>.

As instituições médicas (incluindo a saúde pública, a assistência à saúde e as escolas médicas), o conhecimento e a prática médica são permeados por um estilo de pensamento específico, ainda que esta não seja uma região epistemológica homogênea, uma vez que o eixo principal da medicina, conforme nos mostra Canguilhem<sup>15</sup>, não é a produção de conhecimento, mas sua aplicação numa variedade de situações de acordo com princípios éticos. No entanto, Camargo Jr.<sup>14</sup> considera que, apesar das diferenças extremas no interior desse campo, uma descrição do que poderia ser chamado de um estilo de pensamento médico pode ser esboçada.

Fleck<sup>13</sup> distingue duas áreas de importância no interior de um coletivo de pensamento na ciência moderna: o círculo esotérico, que compreende os *experts* especializados (aqueles que efetivamente produzem o conhecimento) e os *experts* generalistas (localizados periféricamente na área de iniciação dos novatos) e o círculo exotérico, constituído pelos “leigos educados”. Uma vez que a profissão médica não está primariamente voltada para a produção de conhecimento, os médicos são similares aos “leigos educados” descritos por Fleck; eles não possuem as ferramentas necessárias para efetivamente criticar o que é apresentado a eles pelas várias áreas disciplinares, que constituem, de modo amplo, o campo de conhecimento biomédico<sup>14</sup>.

Da mesma forma, o processo de escolarização que transforma o estudante de Medicina num médico plenamente desenvolvido é uma inculcação organizada não apenas de certos

conteúdos cognitivos, mas também de um modo distinto de definir o que é a “realidade”<sup>16,17</sup>. Este aprendizado é integrado num sistema de opiniões que, também segundo Fleck, resiste tenazmente aos desafios, criando uma “harmonia das ilusões”. Uma parte essencial desse estilo de pensamento é um conjunto de critérios que identifica o conhecimento confiável, usualmente definido como verdadeiro, objetivo e científico, de acordo com o que Good<sup>17</sup> denominou “epistemologia *folk*” da biomedicina ou “epistemologia intuitiva” dos clínicos, como nomeou Camargo Jr.<sup>14</sup>.

Assim, a concepção de doença como um acometimento orgânico que deixa marcas no corpo — as lesões — faz parte de um estilo de pensamento médico (ou biomédico), isto é, de um modo distinto de definir a realidade do adoecimento. Apesar de se tratar de uma categoria construída, um artefato do conhecimento, tal construção passa continuamente despercebida, e a tendência que se verifica na prática é a de uma indesejável reificação dessa categoria. Na sociedade ocidental, essa forma de olhar — o “olhar anatomoclínico” — ainda é identificada como verdadeira, objetiva e científica<sup>18</sup>.

#### FORMAÇÃO MÉDICA / PROFISSÃO MÉDICA

Na formação médica tradicional, o treinamento prático dos estudantes se inicia usualmente no internato (no final da graduação), mas os alunos dos primeiros anos do curso são ávidos por atividades práticas com pacientes, que só terão início a partir do terceiro ano, no ciclo clínico. Isso os leva a procurar estágios extracurriculares fora da faculdade, ao longo do curso, com o objetivo de iniciarem mais precocemente a prática profissional. Devido à frequência elevada com que esta prática tem ocorrido, foi necessário reavaliar o currículo médico e criar estratégias de inserção precoce dos alunos em atividades práticas supervisionadas<sup>19</sup>.

Para dar continuidade ao processo de formação iniciado no internato, criou-se a residência médica, que conjuga a aquisição de conhecimentos especializados mediante um treinamento prático em serviço. A residência médica constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos qualificados, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O programa de residência médica, cumprido integralmente em determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista<sup>20</sup>.

Ao analisar as mudanças na educação médica sob a ótica da residência médica, Feuerweker<sup>20</sup> argumenta que a residência médica possui um duplo papel na formação dos médicos brasileiros: complementar o processo de graduação, tendo em

vista as deficiências amplamente reconhecidas desse processo, e oferecer uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho, constituindo uma forma específica de ingresso no mercado. Representa, portanto, o momento que mais fortemente marca o perfil profissional do jovem médico.

A prática profissional historicamente tem sido transmitida por meio de treinamento em serviço. É pela prática que se constrói a experiência clínica e é mediante o aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação. A diversidade de experiências práticas que a residência médica propicia (em relação a casos, cenários, exames, condutas, procedimentos), associada a uma atividade teórica de sistematização e a níveis crescentes de autonomia, parece compor um estágio eficaz, e insubstituível no momento, do treinamento profissional do médico<sup>20</sup>.

De certo modo, os praticantes da medicina formam um grupo à parte dentro do sistema de saúde, com seus próprios valores, conceitos, teorias sobre as doenças e regras de comportamento, além de fazerem parte de uma organização hierárquica dos papéis de cura. Esse grupo apresenta aspectos sociais e culturais distintos e pode ser considerado, portanto, um “grupo profissional” — um grupo baseado ou organizado em torno de um corpo de conhecimentos especializados (o conteúdo) que não é facilmente adquirido e que, uma vez nas mãos de praticantes qualificados, atende às necessidades de *clientes* (ou presta serviços a clientes). Possui, também, uma organização corporativa de pessoas conceitualmente iguais, que existe para manter o controle sobre os campos de especialidade, promover seus interesses comuns, manter seu monopólio de conhecimento, estabelecer as qualificações exigidas para a admissão (a habilitação de novos médicos), proteger seus membros contra a incursão e a concorrência de outros e monitorar a competência e a ética de seus membros. Os médicos estão divididos em subprofissões especializadas (cirurgiões, pediatras, ginecologistas, psiquiatras, etc.) que reproduzem em menor escala a estrutura da profissão médica como um todo<sup>21</sup>.

- Helman<sup>21</sup> apresenta uma caracterização da classe médica, proposta por Pfifferling<sup>22</sup>, que examina alguns conceitos e premissas subjacentes à profissão médica nos Estados Unidos, cujos tópicos principais citamos abaixo:
- Foco de atenção no médico (e não no paciente) para definir a natureza e os contornos dos problemas do paciente: conseqüentemente as habilidades intelectuais e as diagnósticas são mais valorizadas do que as de comunicação;

- Orientação para a especialidade: os especialistas detêm mais prestígio que os generalistas;
- Orientação para credenciais e títulos: quanto mais altas as credenciais, maior a possibilidade de ascensão na hierarquia médica, por serem tidos como detentores de maior habilidade clínica e conhecimento;
- Base na capacidade de memória: proezas de memória (sobre fatos, casos, drogas, descobertas na área médica) são recompensadas com promoções e com o respeito dos colegas;
- Enfoque em casos únicos: as decisões são tomadas com relação a cada caso isolado de uma doença, com base em descrições cumulativas de casos clínicos anteriores;
- Orientação para os processos biológicos quantificáveis no paciente;
- Ênfase crescente na tecnologia diagnóstica, em vez de na avaliação clínica;
- Grande influência do controle empresarial sobre os hospitais, com implicações sobre o atendimento em saúde.

Os sucessos históricos da ciência médica, juntamente com o declínio da religião organizada, levaram a expectativas exageradas com relação aos médicos. Cada vez mais, espera-se que eles sejam competentes em uma vasta série de papéis, além daquele de curandeiro. Muitas vezes, espera-se que se comportem como verdadeiros “sacerdotes seculares” em seu próprio “templo da ciência”, mesmo quando não tiveram qualquer treinamento para fazer isso<sup>21</sup>.

Todas essas expectativas sinalizam a necessidade de mudanças no sistema médico contemporâneo, tanto na educação médica, quanto no processo de trabalho e na organização dos serviços de saúde, e falam a favor de um pluralismo na assistência à saúde, isto é, trabalho interdisciplinar cooperativo voltado para o cuidado do indivíduo doente.

### O HOSPITAL E A FORMAÇÃO MÉDICA

O hospital que funcionava na Europa, desde a Idade Média, era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres e também de separação e de exclusão, ou seja, um local de recolhimento dos pobres doentes para proteger a sociedade do perigo das doenças contagiosas. Por estas razões, o personagem ideal do hospital, nessa época, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo<sup>23</sup>.

Em *O nascimento do hospital*, Foucault<sup>23</sup> nos mostra que o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, data do final do século XVIII. A consciência de

que o mesmo pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. Do mesmo modo, o saber médico, até então localizado nos livros, nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital.

A formação normativa de um médico, a partir do século XVIII, deve passar obrigatoriamente pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este também passa a ser um lugar de formação de médicos, e a clínica aparece então como dimensão essencial do hospital. Desde então, o hospital tornou-se a principal estrutura institucional da biomedicina, a despeito das variações locais<sup>21</sup>.

No hospital, o paciente é submetido a um ritual padronizado de despersonalização: é separado de sua família, de seus amigos e de sua comunidade, transformado num “caso” numerado e colocado numa ala repleta de estranhos. A ênfase recai sobre sua doença física, com poucas referências ao seu ambiente familiar, sua religião, suas relações sociais ou mesmo ao significado próprio que a pessoa doente dá a sua enfermidade. A especialização hospitalar garante que os pacientes sejam classificados e colocados em determinada ala, com base em idade, gênero, condição, órgão ou sistema envolvido e gravidade do caso. Todos são destituídos de seus suportes de identidade social e individualidade e uniformizados. Há perda de controle sobre o próprio corpo e espaço, sobre o comportamento e a dieta pessoais, assim como sobre a privacidade e sobre o uso do próprio tempo. Os pacientes são afastados do apoio emocional da família e da comunidade, ficando aos cuidados de profissionais que, em muitos casos, nunca viram antes. O relacionamento dos profissionais da saúde — médicos, enfermeiros, técnicos, etc. — com os pacientes nos hospitais é caracterizado em geral por distância, formalidade, conversas rápidas e pelo emprego de jargão profissional<sup>21</sup>.

Alguns antropólogos, como Goffman<sup>24</sup>, descrevem os hospitais como “pequenas sociedades”, com cultura própria, com regras de comportamento explícitas e implícitas, com sua própria tradição, seus próprios rituais e hierarquias e até mesmo com linguagem própria.

Pode-se constatar, sobretudo nas sociedades ocidentais, o predomínio de uma cultura hospitalocêntrica. Além do custo operacional muito alto dos modernos hospitais, que são os principais concentradores de tecnologia “dura”, esta cultura hospitalocêntrica interfere também na própria formação médica, muitas vezes de forma indesejável.

O ensino médico em ambiente hospitalar deve ser considerado insubstituível, embora não exclusivo. Apesar de a formação médica ser indissociável da prática clínica hospitalar, há uma tendência atual de desospitalização dos cuidados à saúde, acompanhada por uma desospitalização do ensino, graças a uma alteração no perfil das afecções devido à evolução da medicina. Esse quadro desloca e amplia o espaço de formação da enfermagem hospitalar para o ambulatório e mesmo para o cuidado domiciliar<sup>25</sup>.

A diversificação dos cenários de aprendizagem, tais como a comunidade, a família, as unidades básicas de saúde, etc., e o deslocamento do hospital como único espaço de aprendizagem estão entre as principais mudanças preconizadas pelas novas diretrizes curriculares do ensino médico de 2001. Com esse movimento, espera-se que o treinamento do aprendiz médico para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação aconteça de forma mais integrativa e não fique circunscrito a momentos ou espaços específicos<sup>19</sup>.

### A TECNOLOGIA MÉDICA EM ASCENSÃO

Dentre as inúmeras transformações pelas quais tem passado a medicina contemporânea, Scraiber<sup>26</sup> considera e examina um marco radical de sua história: a constituição do trabalho médico especializado e progressivamente incorporador de tecnologias materiais. A autora analisa o significado dessa mudança para a prática médica — a passagem da medicina liberal à medicina tecnológica — como uma outra forma de exercício profissional e de satisfação de necessidades em saúde, reconstruindo os sujeitos dessa prática, médicos e pacientes, e redefinindo a noção de autonomia profissional.

De acordo com o Dicionário Aurélio<sup>27</sup>, a palavra tecnologia vem do grego e significa “tratado sobre uma arte”. Neste contexto semântico, a tecnologia pode ser vista como a extensão dos sentidos humanos e de suas funções motoras e sensoriais. Da mesma forma, grande parte da tecnologia médica também fornece meios para que se disponha de maneiras mais eficientes de ver e de ouvir o corpo humano e seus processos internos.

Para Helman<sup>21</sup>, as tecnologias médicas, como sistemas complexos de concepção e de funcionamento, não são simplesmente objetos físicos utilizados para propósitos específicos. São também produtos culturais que nos dizem algo sobre os valores sociais, econômicos e históricos que os produziram em um dado momento no tempo e em determinado lugar. Em um contexto ocidental, essa tecnologia expressa o desejo da medicina ocidental de dominar e controlar o corpo, seus processos naturais e suas doenças. A crescente expansão de equipamentos para diagnóstico — do estetoscópio de Laennec, em

1816, à descoberta dos raios X por Roentgen, em 1895, e à invenção do eletrocardiograma por Herrick, em 1918 — aumentou a capacidade de *localizar* os processos patológicos no corpo. Ainda que de grande benefício para pacientes e clínicos, esse processo contribuiu para um estreitamento da visão médica — para o reducionismo e a objetificação do corpo, que são tão característicos da perspectiva da biomedicina sobre a doença.

De outras maneiras, a tecnologia médica alterou radicalmente o nosso senso de “o que é o corpo humano”, confundindo os limites do corpo ao desconsiderar a pele como a verdadeira fronteira do eu individual: os exames de raios X, imagem por ressonância magnética, ultrassom, tomografia computadorizada e fibra ótica avançada, por exemplo, tornaram o corpo mais “transparente”. Além disso, o uso de sistemas de manutenção da vida, aparelhos de diálise, equipamentos de monitoramento e incubadoras — assim como as novas tecnologias de reprodução — podem também contribuir para borrar o limite divisório entre o eu e o não eu. É comum esse processo estar ligado à metáfora moderna do *corpo como máquina*, mantido saudável por cirurgias de transplante<sup>21</sup>.

A tecnologia de diagnóstico também tem levado a uma nova categoria de pacientes — os “pacientes de papel”: as tiras de papel dos eletroencefalogramas e eletrocardiogramas, as chapas de raios X e os relatórios de exames de sangue. Para alguns profissionais de saúde, esses materiais recebem mais atenção do que os pacientes propriamente ditos ou são tão ou mais interessantes do que os pacientes de verdade. Os materiais dos exames são mais fáceis de interpretar, de controlar, de quantificar e de monitorar no decorrer do tempo por estarem isentos dos aspectos subjetivos, ambíguos e imprevisíveis das enfermidades<sup>21</sup>.

Um último e paradoxal efeito da tecnologia de diagnóstico, discutido por Helman<sup>21</sup>, está relacionado à possibilidade de tornar o diagnóstico, o tratamento e a comunicação com o paciente mais difíceis em certos casos. Na medicina contemporânea, o processo de diagnóstico foi se distanciando cada vez mais da coleta de informações subjetivas e clínicas (colhidas ao olhar, ouvir, tocar e sentir) para se aproximar do uso de informações teoricamente objetivas ou “paraclínicas” (colhidas pelos aparelhos da tecnologia de diagnose). Isso leva a um maior alargamento do fosso e maiores possibilidades de conflito entre as definições médicas de patologia (*disease*) e as definições subjetivas dos pacientes quanto à perturbação (*illness*). Além disso, os médicos treinados para detectar a doença paraclínica podem ser menos competentes para interpretar as manifestações clínicas mutáveis e complexas encontradas nos pacientes reais. O conhecimento para interpretar dados clíni-

cos e paraclínicos é essencial para um diagnóstico bem-sucedido, embora a ênfase exagerada nos dados paraclínicos possa comprometer o processo.

Por conseguinte, muitas das novas tecnologias da medicina têm resultado em impactos de grande significação, tanto positivos quanto negativos, sobre a maneira como a própria medicina é exercida. Essas tecnologias influenciam o modo como os médicos diagnosticam e tratam os problemas de saúde e o modo como se relacionam com o paciente. E podem também ter contribuído para um maior distanciamento entre paciente e profissional de saúde, conforme a avaliação de Grouse<sup>28</sup> no editorial do *Journal of the American Medical Association*, que formula a seguinte pergunta: “Será que a máquina se tornou o médico?”. Entre vantagens e desvantagens, o assim chamado “imperativo tecnológico” da medicina moderna sobrevive, especialmente nas sociedades ocidentais.

#### MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA: PONTOS DE CONVERGÊNCIA COM O TRABALHO EM SAÚDE

A estruturação do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais está embasada em uma concepção ampliada de saúde que permite contemplar a complexidade da “problemática da saúde”. Entretanto, a mera justaposição de diferentes profissionais é insuficiente para superar os reducionismos e a indesejável fragmentação das ações de saúde.

A utilização da imagem de uma orquestra e do “agir em concerto”, em que sons e melodias de diferentes instrumentos atuam em prol de uma mesma obra, funciona como uma analogia da produção do cuidado em saúde. A metáfora da sinfonia nos ajuda a compreender que o produto final de um trabalho realizado por uma equipe multiprofissional não é resultado ou responsabilidade exclusiva de nenhum dos componentes, nem pode ser garantido pelo trabalho individual, ainda que se respeitem as especificidades inerentes às diferentes categorias profissionais. Para atingir o objetivo comum, que é a saúde do usuário, é importante a percepção de que o trabalho só ocorre com a participação de todos, mesmo que em determinados momentos (ou em determinados casos) alguns dos profissionais sobressaiam. Assim, a orquestração do trabalho em saúde conduzida pela relação com o usuário propõe uma reflexão sobre os modos de desfragmentar mantendo as especificidades<sup>29</sup>.

Nessa perspectiva, as propostas de mudança na educação médica que incorporam as premissas humanizantes trazidas pelo campo da Saúde Coletiva, ao resgatarem o polo ético-humanista da formação médica<sup>19</sup>, funcionariam como pontos de convergência com o trabalho em saúde e poderiam concorrer para a transformação do trabalho médico.

#### REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cien Saúde Colet*. 2011; 16(7): 3033-3040.
3. Birman J. A physis da saúde coletiva. *Physis*. 1991; 1(1): 07-11.
4. Mendes EV, org. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
5. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, orgs. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 15-35.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, orgs. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 37-54.
7. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em debate*. 2000; 24(56): 21-34.
8. Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004.
9. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.
10. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: Comunic, Saúde. Educ* 2000; 4 (6): 117-120.
11. Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005.
12. Silva Jr AG, Pontes ALM, Henriques RLM. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 93-110.
13. Fleck L. La génesis y el desarrollo de um hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
14. Camargo Jr KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Canguilhem G. O normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.

16. Atkinson P. The clinical experience: the construction and reconstruction of medical reality. Adershot: Ashgate Publishing; 1997.
17. Good B. Medicine, rationality and experience. Cambridge University Press, UK; 1994.
18. Camargo Jr KR. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 170).
19. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(2): 262-270.
20. Feuerweker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface Comunic Saúde Educ.* 1998; 2(3):51-71.
21. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
22. Pfifferling JH. A cultural prescription for medicocentrism. In: Eisenberg L, Kleinman A. *Relevance of Social Science for Medicine.* Reidel. 1980;197-222.
23. Foucault M. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_ *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1979. p. 99-111.
24. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
25. Vieira JE. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.* São Paulo: Hucitec; 2004. p.109-122.
26. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
27. Ferreira ABH. *Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa.* 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
28. Grouse LD. Has the machine become the physician? [editorial] *JAMA.* 1983; 250: 1891.
29. Gomes RS, Guizardi FL, Pinheiro R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. p.105-116.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês Nogueira  
Rua Marquês do Paraná, 303 — 3º andar  
Prédio Anexo ao HUAP — Centro  
Niterói — RJ  
CEP: 24030-210  
E-mail: minogueira2@gmail.com