

“O conceito de saúde pública e a educação médica no Brasil”¹

O final do século passado e o início desse século imprimiram intensas mudanças na relação das ciências da saúde, especialmente a medicina, com a sociedade. No caso brasileiro, estas discussões que pretendiam rever a prática médica culminaram no surgimento do Sistema Único de Saúde – mudança organizacional e institucional que exigiria uma reforma e adequação do ensino. O presente trabalho pretende realizar um esboço destes processos históricos de mudanças na área médica, analisando quais foram seus impactos sobre o ensino da medicina, e como aparece hoje este quadro – que parece não atender a uma demanda do novo sistema. Neste esforço pretendo observar a articulação (ou *não-articulação*) do SUS no Brasil com os cursos universitários da área de saúde. Esta pequena revisão bibliográfica não tem a intenção de resolver as questões, mas somente de apresentar um breve estado da arte da discussão.

As bases do discurso acerca da saúde datam da segunda metade do século XVIII, como nos mostra Foucault (2008), na Europa Ocidental, num processo de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos, que coloca os médicos num lugar social privilegiado enquanto detentores do saber sobre aquilo que seria o *saudável* para o homem. Esta autoridade aparece no discurso médico, que podemos dizer prescritivo, enquanto normas sobre a maneira de viver do ser humano, permeando hábitos físicos tratados então pela medicina enquanto morais, trazendo uma noção normativa e ocidental do que seria o saudável. Esta noção do que é saudável é construída basicamente em oposição àquilo que aparece como não saudável (CANGUILHEM, 2009), e mesmo que se entendam as duas noções em continuidade, o saudável é definido enquanto o *normal*, e o patológico enquanto o anômico, ou anormal. A idéia de saúde enquanto ausência total de doença demorará vários anos para perder sua hegemonia, tanto nas discussões conceituais como na prática das ciências da saúde.

Num primeiro momento da institucionalização do campo médico, a higiene aparece enquanto um conjunto de normas e preceitos a serem aplicados do ponto de vista individual, produzindo este discurso sobre a “boa-saúde” colocado à esfera moral. CITAR ELIAS. Por outro lado, as propostas de uma política médica estabelecem alguma responsabilidade ao Estado, enquanto definidor de leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo, remetendo os discursos e as práticas de saúde a uma instância político-jurídica.

¹ Trabalho apresentado na quarta edição do evento “Diálogos do PET”, em 2010, pela aluna de graduação Gabriela Prado Siqueira, do curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná.

Como um reflexo da Revolução Industrial, no século XIX a relação entre Estado e Saúde se intensifica, e então se começa a discutir aquilo que hoje chamamos de Saúde Pública. Ela surge neste momento como uma *ação social* para controlar doenças transmissíveis, decorrentes do acúmulo de pessoas nos subúrbios urbanos e no entorno dos complexos industriais, onde a subnutrição, a sobre-população, a falta de acesso a condições mínimas de higiene e o trabalho excessivo criavam um quadro de alta ocorrência de doenças. Com a organização das classes trabalhadoras em sindicatos e partidos, os movimentos sociais colocam a reivindicação de temas relativos à saúde rapidamente em pauta (ABDELMONEM & BRESLOW, 1994). Os chamados “problemas de saúde” emergem aí enquanto respostas às condições de vida, e tal fato requer que a Saúde Pública se adapte na medida em que essas condições de vida se modificam. A industrialização e sua propagação durante os séculos XIX e XX estimulam primeiramente o combate às doenças transmissíveis e, posteriormente, às doenças crônicas.

Entre 1830 e 1880, surgem propostas de compreensão da crise sanitária na Europa como um processo político e social, que recebe o nome de Medicina Social (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998). A medicina aparece para este movimento enquanto política aplicada no campo da saúde individual, e a política seria interpretada como a “medicina no campo social”, sendo aquela responsável por encontrar solução aos “males da sociedade”. Data deste momento uma consciência da sociedade sobre ela própria, um momento da constituição das chamadas ciências da sociedade – e conseqüentemente uma consciência da dimensão pública da saúde e da doença. A principal estratégia de transformação do campo da saúde aparece na inserção deste campo na política, o que deveria ocasionar uma discussão acerca das noções de democracia, justiça e igualdade. No plano político o projeto perde o fôlego, mas deixa bases conceituais para se pensar a saúde em sociedade. Paralelamente a este movimento, surge principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos o chamado Sanitarismo, em resposta à problemática Estado-Saúde. Os sanitaristas produzem discurso e práticas sobre saúde baseados em aplicação de tecnologias e propostas de expansão das atividades de saneamento e de medidas de prevenção e preservação da saúde, destinadas em especial a classes mais baixas e setores excluídos da população.

No início do século XX aparece nos Estados Unidos o Relatório Flexner (Ibdem), um movimento que pretendeu a reformulação do ensino médico. Ele é publicado na Faculdade de Medicina de Johns Hopkins, em 1910, conjuntamente com a Fundação Carneger dos Estados Unidos. O relatório vai definir a expansão dos cursos para quatro anos, e o estímulo à docência em tempo integral; vai introduzir o ensino laboratorial; expande o ensino clínico, especialmente no hospital; vai vincular as escolas médicas às universidades, procurando vincular a pesquisa ao ensino; vai ênfase na pesquisa biológica como forma de “superar” a

era empírica do ensino médico; vai estimular a especialização médica; e vai estabelecer um controle do exercício profissional pela profissão organizada. Ocorre aí então uma reforma das bases científicas da Medicina, que acarreta em uma redefinição do ensino e da prática médica guiada por princípios tecnológicos bastante rigorosos, dentro de uma lógica de especialização. O modelo conceitual daí decorrente reforça a separação entre individual e coletivo, entre privado e público, entre biológico e social. As primeiras escolas oficiais de Saúde Pública surgem neste contexto. No Brasil, os reflexos destes movimentos aparecem no grande movimento brasileiro de sanitaristas: sob a figura do Dr. Carlos Chagas, surgem iniciativas como a formação de um currículo para formar sanitaristas no Brasil, com uma reforma de ensino de 1925 introduzindo na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a cátedra de medicina tropical e a criação do primeiro curso de Higiene e Saúde Pública para médicos. Já nesse contexto aparece o choque de interesses entre a saúde pública e a chamada medicina liberal (LABRA, 1985).

Como consequência da crise econômica de 1929 e com o aumento dos custos de saúde devido ao aumento da especialização e da tecnologização da prática médica (resultantes do modelo Flexner), articulam-se nos Estados Unidos na década de quarenta propostas para a implantação de um sistema nacional de saúde. É daí que surge uma reforma no ensino médico voltada especialmente para uma atitude preventiva, que fica conhecida como a Medicina Preventiva. O modelo surge como substituto do paradigma higienista no ensino médico, e rapidamente aparece enquanto um movimento ideológico internacional no campo da saúde. Segundo Paim (1998), é o grande sucesso deste movimento nos Estados Unidos que leva a não existência até hoje de um sistema universal de assistência à saúde no país. Na América Latina, os departamentos acadêmicos de Medicina Preventiva chegam a surgir; porém na década de sessenta a maioria dos países já passava por processos de reforma universitária, muitas vezes decorrentes dos então estados de ditadura em que encontrava esta grande maioria dos países latino-americanos. Ainda assim, o chamado “projeto preventivista” (NUNES, 1994) consegue perdurar aqui até meados da década de setenta. É neste momento que ocorre uma primeira inserção da noção de comunidade na discussão de saúde, e aparece a atenção a um suposto círculo vicioso entre doença e pobreza. O modelo buscava principalmente aprimorar a medicina individual e superar a fragmentação intensa do campo da saúde, em função da especialização da prática médica decorrente daquele modelo flexneriano citado acima. Uma nova relação médico-paciente, que se proporia mais humanizada, aparece como oposição àquela valorização das habilidades técnicas.

O projeto pedagógico estabelecido neste momento visava à formação de sanitaristas, via saúde pública, para atuação como uma ponte entre a universidade e a

população. A crítica aqui estabelecida pela Medicina Preventiva, tanto na teoria quanto na prática, é uma crítica decorrente da crise do modelo flexneriano de medicina, e propõe uma mudança em primeiro lugar no ensino. O desafio é então transferir para o campo da educação as dificuldades e insuficiências de uma prática. A crítica era à biologização do ensino, buscando-se através dela lançar uma visão mais completa do indivíduo. Este período é no Brasil marcado por uma sociologia que deixa o projeto de construção de um pensamento social brasileiro para se debruçar sobre outras problemáticas de desigualdade social, e que vê seu reflexo também no campo da saúde.

O movimento morre rapidamente devido a críticas ao seu estabelecimento na prática, sendo caracterizado por mostrar um discurso coerente, porém impotente. Ainda na década de sessenta já surgem grandes discussões nos Estados Unidos em torno de questões sociais como pobreza, racismo, direitos humanos² (discussões em grande parte decorrentes do contexto da Guerra do Vietnã). Aparece no campo da saúde a noção de Saúde ou Medicina Comunitária; nos Estados Unidos, tratou-se na prática da implantação de centros comunitários de saúde, administrados por organizações não-lucrativas e subsidiados pelo governo federal, destinados a ações preventivas e cuidados básicos de saúde voltados a populações residentes em determinadas áreas urbanas e rurais. O movimento resgata da Medicina Preventiva a ênfase na inserção de disciplinas como sociologia, antropologia e psicologia aplicadas à problemática de saúde, com a diferença agora de que seu uso não visa facilitar a relação médico-paciente, mas sim possibilitar a integração das equipes de saúde em comunidades de difícil acesso ou “problemáticas” (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998). Apesar de tocar em classes sociais minoritárias, a chamada Medicina Comunitária não questiona os modelos de assistência médica convencional, e por isso não produz mudanças estruturais no pensar e fazer médicos. Ao extrapolar os Estados Unidos, o movimento focaliza principalmente na extensão da cobertura dos serviços de saúde às populações excluídas destes. No Brasil, o conceito aparece no final da década de setenta articulado àquela noção do século XIX de Medicina Social, e é quando a saúde aparece pela primeira vez como sendo um direito inalienável de todos os indivíduos, que deve ser garantido pelo Estado. Começa neste momento a ser estudada a dinâmica do processo saúde-doença nas populações, bem como sua relação com a estrutura de atenção médica e as relações de ambas com o sistema social como um todo, visando melhorar os níveis de saúde e bem estar da população. Foi sob este paradigma que se instalam os primeiros cursos de pós-graduação na área no Brasil – cursos que visavam tanto à formação teórica

² A Declaração Universal dos Direitos Humanos data de 1948, assinada pela então recém criada Organização das Nações Unidas, o que leva a vários movimentos de discussão de tais questões nos anos posteriores.

dos estudantes e profissionais como à crítica política ao sistema de saúde, de ensino e de práticas médicas existentes.

Os diferentes paradigmas citados até agora foram movimentos ideológicos que visavam uma transformação no que conhecemos por Saúde Pública. Na década de oitenta, a nova ordem mundial caracterizada enquanto neoliberalista (Ibdem), passa por um momento de enfraquecimento dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde – exatamente no momento em que no Brasil se discutia a implementação de um sistema universal de saúde. Nos chamados países de economia capitalista dependente, a opção pelo “estado mínimo” e os cortes nos gastos públicos como resposta à crise dos Estados tem seus reflexos na Saúde Pública – e é nesse contexto que aparece a chamada crise da Saúde Pública. O período dos anos oitenta e noventa como um todo é de grande discussão teórica e crítica no campo da saúde latino-americano, graças em grande medida aos projetos e debates desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), o que iniciou um processo de discussão conceitual capaz de sustentar uma nova prática no que diz respeito à Saúde Pública. No Brasil, em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que traz para a pauta política brasileira a questão da universalização do acesso à saúde, e cujos esforços acabam por culminar no estabelecimento, a partir da Constituição de 1988, do SUS (BRAVO, 2004). O sistema propõe um reordenamento setorial, lançando novo olhar tanto sobre a saúde individual quanto coletiva, bem como uma descentralização do processo administrativo da assistência para as esferas estadual e municipal. É a formalização de um princípio igualitário e o comprometimento público com a garantia dessa igualdade, com base não só no princípio de descentralização, como também nos de atendimento integral e de inserção política da comunidade, através da participação paritária dos usuários, de representantes do governo e da área de ciências da saúde.

As discussões nesse momento se voltam especialmente para o ensino, e um novo paradigma interdisciplinar entre em pauta: os processos de formação e capacitação passam a ser sistemáticos, criativos e inovadores, cujos eixos fundamentais são a investigação e a articulação com os serviços de saúde (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998). As novas instituições acadêmicas que daí surgem passam a procurar produzir novos valores e habilidades, enquanto lideranças setoriais; era lançar uma nova idéia na sociedade a partir do contexto da saúde. A incorporação das mudanças paradigmáticas cabe às políticas de saúde – e foi a falta dessa mudança prática que pôs em cheque os aqui citados modelos (em alguma medida esse contexto foi resultado igualmente da falta de capacidade dos Estados de sustentarem os custos a longo prazo da atenção à saúde).

A Saúde Coletiva, debatida na América Latina desde a década de oitenta, aparece neste momento como o principal movimento de mudança paradigmática dentro da área médica, sendo amplamente discutido no que chamamos de Saúde Pública. Este movimento permitiu (e ainda permite), um debate crítico e a percepção de contradições e acordos com a Saúde Pública institucionalizada, seja no conceito ou na prática. Podemos compreender este movimento enquanto campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde ele é contemplado a partir de diferentes perspectivas, num projeto interdisciplinar; e enquanto âmbito de práticas, de intervenção na sociedade tanto no que diz respeito a prática médica quanto ao seu ensino. Seus pressupostos trazem a saúde articulada à sociedade tanto econômica quanto político-ideologicamente, resultando na concepção de que as ações de saúde trazem consigo uma prática social que engloba influências de grupos sociais. Traz ainda a investigação da produção social da doença e da organização dos serviços de saúde, imprimindo um caráter interdisciplinar no plano do conhecimento, e não somente no da estratégia. É hoje um movimento resultado de uma crítica aos diferentes projetos de reforma em saúde de países capitalistas, que inevitavelmente articulam saúde e mercado (e nesse sentido traz uma crítica ao próprio SUS). A formação na pós-graduação deveria dentro deste novo pensamento ser orientada por um processo que possibilitasse uma análise crítica do setor de saúde na realidade social em que este se insere – as metodologias de ensino passavam a ser centradas nos estudantes, em diferentes cenários. Procurar-se-ia evitar ao máximo a partir de agora o tecnicismo e o biologicismo. A Saúde Coletiva aparece ainda como um movimento teórico que buscaria suscitar determinados valores nos futuros e presentes profissionais da saúde, como justiça social, participação democrática, respeito às diferenças e promoção da paz³ (TEIXEIRA, 2003).

As discussões da Saúde Coletiva foram de grande importância para que se chegasse a configuração atual do SUS. Com o aparecimento do sistema, o debate sobre a formação dos profissionais da área de saúde como um todo (e não somente da área médica), aparece com maior importância, uma vez que fica claro o descompasso entre o perfil dos profissionais e as orientações do sistema de saúde (CAMPOS, 2008). Novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina necessariamente aparecem neste contexto, e vêm procurar uma maior integração entre a formação dos profissionais e o SUS, buscando dar ênfase nas necessidades sociais de saúde. Os cursos de medicina deveriam formar profissionais *generalistas e humanistas*, com capacidades críticas e reflexivas sobre

³ Ainda assim podemos notar como essa concepção de valores, por mais que tente se articular com a sociedade, se mostra em conceitos bastante Ocidentais.

si mesmos, sua prática e o meio no qual ela se insere. Essa mudança de currículo vem atrelada a uma mudança de postura, acarretando mudanças de conteúdos nos cursos, bem como de gestão das práticas de ensino (CARVALHO, 2006; CAMPOS, 2008; CYRINO e RIZZATO, 2004). O docente teria de estar em um processo de formação continuada, os métodos de ensino-aprendizagem precisariam ser modificados, e a inserção não somente dos alunos, mas também dos docentes no sistema de saúde é de bastante importância para que o movimento de transformação seja eficaz. Esse processo inclui a apreciação da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, e a elaboração de políticas de saúde que se necessário interfiram nesta dinâmica.

Ainda que este debate esteja crescendo, a grande maioria das escolas de medicina hoje se encontra descolada do SUS e do conceito de Saúde Pública. Segundo Gastão Campos (1999), que realizou uma pesquisa com 14 universidades do Brasil acerca da integração entre a educação médica e o Sistema Único de Saúde, a lógica que estrutura os Hospitais Universitários – lugar onde os estudantes realizam a maior parte das aulas médicas práticas (cerca de 85%) – é a lógica da especialização, o que fragmenta e desintegra o ato clínico. As equipes mais generalistas, nestes serviços, aparecem enfraquecidas, e tanto atendimento quanto ensino perdem seus eixos de integração, compartimentando-se em esferas privadas com pequena conexão entre si. As universidades de medicina apresentariam os cursos das diferentes especialidades com pouco ou nenhum diálogo entre si, e cada profissional, ao invés de estruturar o currículo de sua disciplina dando ênfase ao que um profissional de outra área precisa dominar acerca da sua, os faz como se estes cursos fossem ser ministrados somente para os alunos que pretendessem se tornar especialistas em sua área. Isso sem mencionar a diminuição da qualidade mesma dos cursos, e a diminuição do contato e convivência do professor com o aluno.

Ao campo da saúde coletiva apresentam-se atualmente algumas críticas, especialmente no que diz respeito à maneira através da qual sua institucionalização vem ocorrendo. Segundo Campos (2000), este processo estaria impedindo um olhar crítico acerca de seus próprios saberes e práticas – o que pode levar (e de fato tem levado, na opinião do autor), a uma crise de identidade no próprio campo (CAMPOS, 2000). Ao criticar uma postura que lhe parece autoritária e disciplinar da medicina, a Saúde Coletiva acaba por assumir ela própria postura semelhante. O momento de crise desta Saúde Coletiva não seria um momento para sua superação, como neste processo que vem ocorrendo desde os anos cinqüenta na América Latina. Segundo Campos, esse momento de crise é antes de tudo um momento de auto-reflexão do campo sobre até onde as posições que aparecem em regime de contradição não são em si complementares. Ao invés então de se opor a um paradigma que poderíamos chamar de clínico, a Saúde Coletiva o complementaria – sendo

vista não mais como um novo e único paradigma para a medicina, mas sim como um de seus campos de saberes. Estas críticas de maneira nenhuma diminuem a importância das questões de Saúde Coletiva no campo da Saúde Pública, e quando analisamos hoje como esta Saúde Pública é encarada nos cursos de medicina, debruçar-nos sobre os conceitos que o movimento da Saúde Coletiva traz é de fundamental importância, por terem estabelecido uma intensa articulação entre a prática médica e a sociedade na qual ela se encontra inserida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDELMONEM, A.; BRESLOW, L. The Naturing Paradigm of Public Health. *Annual Review of Public Health*, 1994.

ALMEIDA, M. J. et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*. n. 31, v. 2, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. n. 5, v.2, 2000.

CAMPOS, J. J. B. A saúde coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Revista Brasileira de educação médica*. n. 32, v. 2, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, jan-mar, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0048.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2009.

CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, S. R. et al. O ensino da saúde coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. n. 10, v. 20, jul/dez 2006.

CYRINO, E.G. e RIZZATO, A.B.P. Contribuição à mudança curricular na graduação da faculdade de medicina de Botucatu. *Revista brasileira de Saúde Materna e Infantil*. Recife, n.4, v.1, jan-mar 2004.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. n. 2, v. 3, 1998.

FREIDSON, Eliot. *PROFISSÃO MÉDICA: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos médicos, 2009.

LABRA, Maria Eliana. *O MOVIMENTO SANITARISTA NOS ANOS 20. DA "CONEXÃO SANITÁRIA INTERNACIONAL" À ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL*. Tese. RJ: FGV, 1985.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e sociedade*. N. 3, v. 2, 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*, 32 (4), 1998.

TEIXEIRA, C. F. Ensino coletivo na graduação. *Cadernos da Abem: Associação Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 1, 2004.