

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**O ENSINO DA SAÚDE PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO:  
MOBILIZAÇÃO DE IMAGINÁRIOS**

**Ricardo Dantas Lopes**

**Porto Alegre, outubro de 2011.**

**Ricardo Dantas Lopes**

**O ensino da saúde para a integralidade da atenção:  
mobilização de imaginários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

**Grupo Temático:** Educação em Saúde

**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

**Porto Alegre, outubro de 2011.**

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Beatriz Vargas Dorneles – Educação, UFRGS

---

Profa. Dra. Izabella Barison Matos – Saúde Coletiva, UFRGS

---

Profa. Dra. Lilian Koifman – Saúde Coletiva, UFF

## **Agradecimentos especiais**

*A meus pais e irmão  
por formarem meus modos de levar a vida de maneira tão única*

*À Martha  
minha esposa e companheira de todas as horas, pelo amor e apoio incondicional nas  
horas mais angustiantes desta breve trajetória acadêmica*

*Ao Sandro  
pela amizade e pela sensibilidade ao me apresentar esta romântica Medicina*

*Ao Ricardo  
por apostar em minhas ideias e trabalhá-las de forma tão delicada e compreensiva*

*Aí o Mestre fica silencioso, olhando dentro dos olhos do discípulo. Ele quer adivinhar o que se esconde naquele olhar. Examina os seus pés. Nos pés sólidos se revela a vocação para andar pelas trilhas conhecidas. Quem sabe isto é tudo aquilo de que aquele corpo jovem é capaz! Quem sabe isto é tudo o que aquele corpo jovem deseja! Se assim for, talvez que o melhor seria encerrar aqui a lição e nada mais dizer. Mas o Mestre não se contém e procura, nas costas do seu discípulo, prenúncios de asas – asas que ele imaginara haver visto como sonho, dentro dos seus olhos. O Mestre sabe que todos os homens são seres alados por nascimento, e que só se esquecem da vocação pelas alturas quando enfeitiçados pelo conhecimento das coisas já sabidas.*

*Rubem Alves - A alegria de ensinar, 1994.*

## Resumo

O ensino médico não está em consonância com práticas capazes de estimular reflexão sobre o papel dos profissionais dentro dos locais de assistência ou a atuação profissional segundo uma clínica que busque promover cuidado, e não apenas diagnósticos e tratamentos: trata-se de uma educação que não interroga sua educação. Há um imaginário médico onde não estão consideradas experiências desestabilizadoras, a fim de reverberar representações e significados. Foi utilizada uma metodologia qualitativa direcionada ao contato com imaginários, buscando uma produção teórica embasada na autonarrativa, no encontro com o eu, triangulada pelo encontro com o outro (entrevista social com estudantes) e sob um diálogo entre teoria-dados-teoria. Ressalta-se, nos resultados, a incapacidade de se realizar uma pesquisa que resultasse em produto definitivo quanto à melhor forma de trabalhar esses imaginários, exceto a necessidade de fazê-los reverberar como *problema de pensamento*. Sobre os imaginários dos estudantes, incidem componentes representativos como forma educativa, inclusive a diferenciação de classe, gênero e etnia. De seu componente disruptor, podemos falar de professores atentos e cuidadores, da oportunidade de inusitados estágios, de cursos e conversações problematizadores. Em meio às representações, espocam linhas de fuga que podem ser enlaçadas ou não, mas que podem viabilizar roteiros de aprendizagem aberta e viva. Há um imaginário potente anterior ao ingresso no curso de Medicina quanto ao que é ser médico, o que poderia convocar o cuidado ao trabalho da equipe cuidadora e o cuidado à vida/às vidas que pedem passagem na nossa existência singular. Mesmo com mudanças no currículo médico e com a introdução de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, são transmitidos ao médico em formação apenas modos de fazer a clínica sempre a partir de si (isolada ou individualmente) e não em coletivos, em equipes ou em sistemas de saúde. Não se observa compromisso com um sistema de saúde, com "sistemas de práticas" ou com a cidadania; não há discussão sobre posicionamentos políticos e a construção de sociedade não é uma questão.

**Palavras-chave:** Educação em saúde, formação médica, integralidade na saúde, imaginários na formação, vivências e estágios na saúde.

## ABSTRACT

Medical teaching has not been in accordance with practices capable of inciting reflection about the role of professionals in assistance sites or the professional action according to a clinic that seeks to foster care, and not only provide users with diagnoses and treatments: this kind of education does not question its *education*. There is a medical imaginary where destabilizing experiences have not been taken into consideration in order to produce representations and meanings. The qualitative methodology employed here has been directed towards the contact with imaginaries. It seeks for a theoretical production grounded on self-narrative, on the meeting with the self, in both a triangulation with the meeting with the other (social interview with students) and a dialogue between theory-data-theory. From the results, one could highlight the impossibility to carry out a research that would yield a definitive product concerning the best way of working with these imaginaries, except for the need to make them reverberate as a *thought problem*. Representative components strike the students' imaginaries as an education form, including class, gender and ethnicity differentiation. Regarding its disruptor component, we may talk about attentive, caring professors; about the opportunity of unusual trainings; about problematizing courses and conversations. Amidst representations, escape lines emerge. Whether or not such lines can be caught, they can make viable courses of open, living learning. A powerful imaginary about what being a doctor is precedes the admittance to the Medicine course, and this could call for looking after the work done by the caregiver team and life/lives that ask for a passage in our singular existence. Even with both changes in the Medicine curriculum and the introduction of active teaching-learning methodologies, doctors-to-be are led to work having only themselves as a starting point (in isolation or individually), using their individual action as their reference, rather than collectives, teams or health systems. No commitment to a health system, to "systems of practices" or to citizenship can be detected. There is no discussion about political positions, and the construction of society is not an issue.

**Keywords:** Health education, medical education, health integrality, education imaginaries, experiences and trainings in health.

## Sumário

Este ator.....	10
Modelo de atenção à saúde: modelo local como micropolítica .....	17
Itinerários terapêuticos e outras ferramentas analisadoras: trabalho em saúde e o momento do encontro.....	25
Estabelecimento de uma rede narrativa: este ator e seus outros.....	39
Medicina, educação e saúde: mobilização de imaginários e a formação de médicos ...	43
Conclusão.....	86
Referências bibliográficas .....	93
Apêndices.....	101
Apêndice 1 – Distribuição de entrevistas.....	101
Apêndice 2 – Roteiro de entrevista dos estudantes.....	102
Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	103

## Lista de siglas

<b>Abem</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>ABP</b>	Aprendizagem Baseada em Problemas
<b>Cinaem</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>EducaSaúde</b>	Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
<b>Edupe</b>	Equipe de Educação Permanente
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IDA</b>	Integração Docente-Assistencial
<b>Opas</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>Ufrgs</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UNI</b>	Uma Nova Iniciativa: a integração com a Comunidade (para a Educação de Profissionais de Saúde)
<b>Uniplac</b>	Universidade do Planalto Catarinense
<b>VER-SUS</b>	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## Este ator

Entendo como interessante falar um pouco sobre como cheguei até minha configuração de profissional de saúde e sobre como trabalho, ora na clínica, ora produzindo este objeto de pesquisa, ora apenas como sujeito que tem dúvidas sobre o saber e o fazer em saúde. Minha primeira formação é de médico e, como complemento (ou especialidade), escolhi a Medicina de Família e Comunidade. Hoje, penso que minha opção por prestar o concorrido vestibular para Medicina tinha uma imagem: a de *sempre* poder ajudar. Pensamento platônico à parte, primeira imagem, representação de uma concepção *ideal*. Além dessa *pura ideia* ou *imaginário representativo*, tinha como modelo meus pais na escolha da profissão; tinha em mente, também, aquilo que eu ouvia quando as pessoas se referiam aos meus pais como profissionais de saúde, ambos médicos. As pessoas tinham imensa gratidão pelo que lhes tinham ofertado de cuidado com a vida. Cada voz que a mim chegava enchia-me de vontade, de desejo e de pulsão para fazer o mesmo. Não que quaisquer profissões não tragam tal recompensa, mas o mundo que eu conhecia, que constituía minhas imagens, era o da Medicina.

Ao entrar no curso de Medicina, tinha toda uma expectativa de viver isso em suas diferentes formas e por distintos espaços. Pensava que encontraria pessoas que conseguiriam demonstrar uma gratidão por algum gesto ou palavra que de mim tivesse saído.

Inicialmente, isto é, durante o ciclo básico do curso de Medicina, encontrei poucas *pessoas*, mas muitas células, tecidos, corpos-objetos-de-estudo, seja na forma de cadáveres do pavilhão anatômico ou como pacientes a quem se aplicavam os estudos da anatomia, fisiologia e patologia. *Ana* (“para trás”) e *tomia* (“divisão”): dividíamos os corpos cada vez mais, até que chegássemos às menores porções possíveis. Em um segundo plano, como se fosse possível ignorar as subjetividades que carregavam/portavam aquelas pequenas células, que insistiam em não funcionar corretamente, estavam os portadores de um discurso, pessoas doentes cuja narrativa

(única a ser buscada) remetia à doença ou ao histórico de doenças, motivo do atendimento.

Aos poucos, o foco foi saindo dos tecidos para os corpos, corpos doentes que buscavam ajuda por diversos ambulatórios, enfermarias e salas de procedimentos após terem passado por um exigente processo de segmentarização e despersonalização, aprendendo um conceito de corpo ou saúde segundo as doenças que portavam ou as doenças de outros usuários, conforme percebiam nas redes de contato entre portadores ou avizinhamentos por salas de espera, serviços e práticas. Dos serviços de saúde, entretanto, poder-se-ia esperar muito mais que a cura de doenças, poder-se-ia esperar a compreensão de saúde e o auxílio na retomada da produção de vida, negativamente alterada pela vivência dos adoecimentos.

Pergunto-me, em determinado momento da minha formação, se o que buscávamos era responder às necessidades de saúde de cada uma daquelas pessoas que atendíamos ou se buscávamos fazer uma “boa Medicina”, segundo a prescrição do currículo: cheia de diagnósticos, mais brilhantes e valorizados quanto mais raros fossem, e cheia de explicações interpretativas, conforme as certezas presentes nos exames diagnósticos solicitados. Por que um estudante de Medicina *sonha* (e é levado a sonhar) com isso? Mattos (2001, p. 43), falando sobre o sistema que privilegia as (super)especialidades médicas, diz que os médicos tendem a *recortar analiticamente seus pacientes*, constituindo atenção apenas para os aspectos ligados ao funcionamento de sistemas biológicos ou aparelhos corpóreos nos quais se especializaram. Isso significa, diz o autor, ao mesmo tempo, *a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes*. Essa era a sensação que eu tinha, a de que as necessidades das pessoas não eram atendidas; apenas buscávamos por diagnósticos e procedimentos. Só atendíamos as pessoas quanto às necessidades em si que portavam, desde que tivessem origem em um modelo de constatada causalidade, sem dar qualquer resposta distinta da emissão de diagnóstico seguro, indicativo de receita, e sem levar em conta os aspectos do cotidiano, vivido ou desafiado.

Boa parte dessas sensações foram despertadas por processos educativos que seguiam uma lógica de produção de conhecimento e acumulação de saberes técnicos. Sentia-me desafiado pelo tipo de resposta apresentada pelos professores que orientavam a clínica, queria ultrapassá-las, pois as relações entre médicos e seus pacientes, muitas vezes já existentes bem antes da minha participação naquele “cenário de aprendizagem”, soavam-me estranhas. Minha crítica também recaía sobre que tipo de conhecimento era transmitido aos pacientes, claramente favorecidos os saberes técnicos em detrimento dos saberes do relacionamento. Há um interessante esquete do humor britânico, do grupo Monty Python (1983), que fala de uma “máquina de fazer *ping*”: médicos e equipe de um determinado hospital estão tão empolgados com o início da utilização de uma nova e maravilhosa máquina-instrumento, capaz de emitir um *ping* de tempos em tempos, que acabam esquecendo onde estava sua paciente, no caso, uma parturiente abandonada logo após o último *ping*.

Nos cenários de prática oferecidos pela faculdade, punha-me esta questão: havia eu encontrado o que sonhava ao escolher fazer Medicina? Com a máquina que faz *ping* falando por mim e respondendo perguntas que não foram feitas? Eu imaginava o contato com as pessoas, logo, queria tempo, queria palavras, queria descobrir quais eram os *modos de andar a vida* do outro, como na expressão de Georges Canguilhem (2006).

Houve, então, um período de transição dentro do meu percurso acadêmico já no começo do “ciclo prático”. Na época, a partir do quarto ano, de um total de seis, iniciava-se o contato com os horizontes assistenciais. Experiências marcantes desconstruíram aquilo que, de alguma forma, já se estruturava como lógica entre o *escutar* e o *prescrever*. A lógica envolvia escutar os indicadores para a solicitação de exames, saber interpretá-los e saber prescrever, amadurecendo aprendizagens segundo um currículo fragmentado e disciplinador e, assim, distanciando os imaginários de ser médico da prática vivenciada. Como experiências marcantes de desconstrução, outras aprendizagens: minha participação no Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde (EPS) e no Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), proporcionados pela

adesão de um pequeno grupo de professores a uma iniciativa de política pública do Ministério da Saúde em 2004. Foram vivências curtas, mas de um potencial desestabilizador imensurável, a ponto de, em certo momento, gerar um sentimento de incapacidade de transformar em linguagem aquilo que estava sendo experimentado como *sensação*. Lembro ter comentado, em algum espaço dentro do Curso de Facilitadores de EPS, que não sabia exatamente como ia aplicar aquilo que estava aprendendo, embora fosse bem daquela forma que eu queria trabalhar em saúde e ser médico. No VER-SUS, tive a oportunidade de experimentar o cotidiano de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), descobrindo uma Medicina mais apaixonada, que buscava a integralidade no atendimento aos usuários (sob vários aspectos, que serão discutidos adiante), que produzia *cuidado*, e não *diagnósticos*, que usava o que Emerson Merhy (1997) designou por *tecnologias leves*<sup>1</sup>, isto é, o contato interpessoal, a construção de redes cuidadoras entre pessoas e entre serviços.

O Curso de Facilitadores de EPS e o Projeto VER-SUS foram iniciativas do governo federal, implementadas entre 2003 e 2005, destinadas a introduzir a Educação como parte do projeto de reconfiguração do trabalho e da formação em saúde. O curso visava aos cotidianos da rede de atenção à saúde, à construção da interrogação sobre as práticas de cuidado e profissões em saúde, à reflexão sobre os paradigmas da assistência e à verificação das necessidades de “educação em serviço”. O VER-SUS visava ao contato intensivo de estudantes de graduação da área da saúde com alunos das várias profissões e com os trabalhadores da condução dos sistemas municipais de saúde. Para Ricardo Burg Ceccim, gestor de ambas as formulações quando dirigente do Sistema Único de Saúde no Governo Federal, o Curso de Facilitadores de EPS colocou em ato *uma prática rizomática de encontros e produção de conhecimento e utilizou como estratégia a produção de saúde nos atos, nos pensamentos e no desejo de protagonismo pelo SUS, compreendendo seus princípios e diretrizes em uma política de afirmação forte da vida* (Ceccim, 2005a, p. 985); e o Projeto VER-SUS foi *um dispositivo de intervenção pedagógica na atividade do aprender, questionando os processos de*

---

<sup>1</sup> O conceito de tecnologias leves e das tecnologias de trabalho em saúde será melhor abordado no capítulo "Itinerários terapêuticos e outras formas ferramentas analisadoras: trabalho em saúde e o momento de encontro".

trabalho, gestão, participação social e formação, mas também a organização estudantil e as formas de ensino experimentadas pelos estudantes. Um desafio colocado referia-se a proporcionar que os estudantes obtivessem e fizessem uso de maior protagonismo, inclusive no desenvolvimento para si de seu núcleo profissional – ao vê-lo demandado pelas interrogações postas e não pelas prescrições corporativo-profissionais (Ceccim, Guimarães, Klafke e Lenz, 2007, p. 181-182).

Kastrup (2002, p. 211), falando sobre os signos em Deleuze, diz que o signo é tudo aquilo que exerce sobre a subjetividade uma ação direta, sem a mediação da representação. Os signos revelam a presença do objeto em um processo de subjetivação e provocam a desestabilização do conhecimento, desafiando-o. Segundo a autora, o signo é inequívoco em sua presença, mas é equívoco em seu sentido (Ibid., p. 211), uma vez que convocado pelas representações a significar uma diferença, não o mesmo. Deixar-se afetar por um signo exige certa leveza, certa permeabilidade, certa disposição aos encontros. O signo aparece, temos certeza de que ele nos atinge de fora, mas não sabemos ainda qual o seu sentido. Possui a força de uma interrogação que força a pensar, de um problema que exige solução. Kastrup, referindo-se a Deleuze, diz que o pensador aponta nos signos seu caráter de força, coação e violência (Kastrup, 2002, p. 211). O que mais seria necessário dizer das experiências com o Curso de Facilitadores de EPS e o Projeto VER-SUS? Foram signos de aprendizagem, forçaram-me a pensar, desestabilizaram-me, tiraram-me do conhecimento para o desafio. Terminaram por modificar toda uma trajetória. Não apenas um novo campo do conhecimento dentro da saúde havia-me sido apresentado, mas uma nova forma de aprender. Saí modificado de tais experimentações, de forma que minha trajetória daquele momento em diante seria em busca daquelas sensações, daqueles sentimentos, daquelas formas de trabalhar, ensinar e aprender. Uma nova forma de ser médico havia sido descoberta, e uma nova bandeira política de lutas havia sido hasteada.

Após a conclusão da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, senti-me compelido a uma formação em Educação. Com a Residência, havia buscado um movimento da clínica individual para uma clínica com fronteiras indefinidas, dirigida a coletivos e exercida em equipe. Faltava-me, agora, a profundidade da informação em

Educação, em especial sobre o ensinar, uma vez que vivia a intensidade do aprender movendo-me em escolhas, apostas e reflexões. Busquei o mestrado em Educação e coloquei-me como tema a mobilização de imaginários: ativar ou revolucionar as imagens da clínica restrita à clínica de integralidade ou cuidadora. Pensava em contribuir para a formação de médicos e demais profissionais de saúde, pois percebia que a micropolítica do trabalho em saúde (o território das subjetivações) e a análise da situação singular de saúde de cada usuário ou coletividades, com construção compartilhada com os usuários de projetos terapêuticos, cedem passagem para um ensino que intenta aprendizagens, buscando a integralidade da atenção na atuação do profissional.

Esta dissertação foi elaborada de forma a tornar-se uma "construção textual reflexiva". Tem como disparador a percepção de um currículo incapaz de mover os imaginários dos estudantes de Medicina para formar profissionais com possibilidade de produzir cuidado em equipe e de compor percursos terapêuticos que estreitem as relações profissional-usuário (não percursos por diagnósticos e procedimentos profissionais) e os posicionem como sujeitos políticos pela integralidade do cuidado, em defesa de um sistema público de saúde para atender a todos. Utilizo uma proposta de triangulação entre três instrumentos metodológicos implementados de forma quase simultânea. O primeiro traz um componente autonarrativo, mostrando um contato com possíveis disparadores. O segundo é o encontro com estudantes, alguns vivenciando uma experiência coletiva similar à minha, no contato com uma nova edição do VER-SUS, outros apenas seus pares, colegas de curso e universidade. Entre aqueles que estavam realizando a vivência, busquei detectar "os signos", pois ainda não seria possível perceber elementos disruptores de "efeito", uma vez que a experiência estava em curso simultaneamente ao meu encontro com eles. O terceiro é uma construção textual teórica "molhada" pelos dois primeiros instrumentos, resultando em um ensaio como "caso de pensamento". Há um estudo teórico, uma autonarrativa, uma exposição ao encontro com "sujeitos em formação" e uma redação ensaística tomada como caso de pensamento. Mais que uma pesquisa, um texto ou uma "textualização encharcada", é como a organização de "uma questão", uma

construção textual, uma tematização: são reflexões, desafios de pensamento, ensaio "molhado" na realidade.

## **Modelo de atenção à saúde: modelo local como micropolítica**

As diferentes propostas de modelo pedagógico e de produção de saber em saúde no ensino médico estão inseridas em proposições que vão além do ensino, envolvendo uma expectativa de gestão dos sistemas de saúde sobre a prática assistencial e sobre a participação social no setor da saúde. Interessa saber como localmente se dão os arranjos entre os atores envolvidos na atividade-fim de um serviço assistencial para que se possa localizar o papel das instituições de ensino médico dentro dessa rede produtora de saberes e práticas.

Aos modos de organização dos serviços de saúde para atender às necessidades sanitárias de um determinado coletivo social, chamamos *modelo de atenção à saúde*. Mais do que demonstrar como está desenhado localmente determinado estabelecimento de saúde, a descrição de *modelo* representa a compreensão de uma sociedade em uma determinada época sobre a saúde e o adoecer, sobre as tecnologias e saberes disponíveis para intervir nesse processo, sobre as escolhas políticas priorizadas para o enfrentamento dos adoecimentos e sobre proposições institucionais de políticas de saúde. Dentro do conhecimento disponível para uma determinada época, observamos que há um constante jogo de poderes envolvendo recursos físicos e tecnológicos e desenvolvimento de trabalhadores, o que assume uma configuração singular e momentânea, refletindo, então, um *modelo* predominante.

Um *modelo* não leva em conta apenas os modos de atendimento, os *settings* onde ocorrem as práticas de saúde, como ambulatórios, enfermarias hospitalares, Unidades Básicas de Saúde, área de adscrição em acompanhamento comunitário ou, ainda, a atitude do profissional quando está exercendo seu trabalho diante de um usuário. Esses são itens destacados na forma de publicizar-se um modelo de atenção, mas não os únicos elementos. O modelo inclui, também, a operação dos conceitos de *escutar, cuidar e tratar* (Ceccim e Ferla, 2008, p. 453). Envolve o reconhecimento de necessidades e as propostas de práticas em saúde que priorizam ora atitudes

centradas em profissionais, em procedimentos e na tecnologia por equipamentos; ora centradas nas equipes de saúde, rotinas e protocolos; ora centradas nas pessoas e suas coletividades, projetos terapêuticos individuais e atenção psicossocial, entre várias oportunidades possíveis.

Também abrindo um olhar ampliado, Merhy (2000, p. 1) fala que o tema de *qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho*. A produção dos atos de assistir, seja dirigida ao indivíduo, ao coletivo, ao social ou aos lugares, é sempre uma tarefa tecnológica comprometida com as interpretações que fazemos sobre o que seja saúde, doença e necessidade social em saúde ou, como fala Ceccim (2005b), é a resultante de uma inteligência da escuta, do cuidado e do tratamento. A utilização de uma determinada forma de gerir diferentes processos envolvidos nas práticas de saúde é uma tarefa que envolve saberes e, logo, disputas, mas que, em última instância, não deveria deixar de levar em conta que os atos em saúde só têm sua utilidade se são postos à prova, se são postos em prática diante de pessoas, coletivos e instituições.

Quando nos debruçamos sobre os modelos de atenção à saúde, damos conta das relações estabelecidas entre os atores envolvidos: usuários – que demandam cuidado; trabalhadores – com suas tecnologias assistenciais; gestores – com sua capacidade de organizar os recursos necessários e disponíveis; e formadores – com sua reprodução de modelos ou produção de conhecimentos inovadores. A Constituição Federal brasileira determina o acesso a serviços de saúde de forma universal; o Código de Defesa do Consumidor determina juridicamente os direitos dos usuários; os Protocolos Clínicos estabelecem inclusões terapêuticas e a busca ativa de usuários; o regimento de programas institucionais estrutura o ordenamento das práticas locais, sendo, portanto, inúmeras as superfícies de relações entre os atores envolvidos, não se podendo falar de modelo como algo unitário, inabalável, definitivo. Onde, então, os modelos conquistam vigência, hegemonia, reprodução?

Merhy (2000, p. 1) fala da *conformação do que interessa* em um modelo de atenção à

saúde, em forma de questionamento: quais problemas de saúde serão enfrentados? Onde, como, por que e para quê? Quando uma situação de saúde/doença se torna um problema técnico e assistencial? O autor diz que há disputas e acordos entre os indivíduos e grupos que portam as necessidades de saúde e aqueles que dominam certos saberes e práticas de operar sobre essas necessidades, sendo mediados por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar esse processo e, segundo nossa atual proposição de estudar os modelos locais como modificadores de imaginários da educação na saúde, sob a proteção daqueles que ensinam e pesquisam os melhores perfis profissionais e melhores evidências à clínica. Qualquer um desses quatro atores estabelece suas negociações a partir daquilo que lhe é definidor, seu papel dentro do contexto de saúde e de acordos que o favoreçam, fazendo com que suas identidades possam ser situacionais, sem que suas identidades definidoras sejam perdidas.

O usuário entra em cena segundo as mais diversas formas com que se apresentam as necessidades em saúde: emergências clínicas, reagudizações de doenças crônicas, consultas agendadas ou mesmo por um pedido de escuta. O pedido de escuta é aquele que não é enquadrável em nenhum diagnóstico nosológico. Não raro, encontramos tal forma de demanda de usuários, entretanto, ouvimos de profissionais ou gestores comentários que desvalorizam essa “queixa”, acusando aqueles que a demandam de superutilização e oneração desnecessária do sistema de saúde. O usuário entra no jogo verbalizando uma necessidade em saúde, e a rejeição de tal necessidade indica que tal sistema não é capaz de atendê-lo, mostrando como estrutura seu conceito de necessidade e de atenção e como define suas tecnologias de acesso. Por exemplo: apenas consultas médicas, por cotas diárias, mediante classificação de risco por um profissional generalista, ou simplesmente por ordem de chegada dos usuários.

Diferentes modelos de atenção podem oferecer formas de acesso adequadas às tecnologias e saberes em saúde considerados mais importantes – enquanto aquele usuário que, em determinado cenário, teria que recorrer a uma emergência para demonstrar seus desejos, em outro, poderia ser acolhido por um agente comunitário de saúde. A realização de exames complementares, consultas com os diversos

profissionais de saúde ou (super)especialistas médicos, grupos de educação popular em saúde, participação em Conselhos Locais de Saúde, todos são formas de acesso e demonstram que tipo de discussão é feita entre trabalhadores e gestores (e usuários, em alguns poucos casos) para definir as estratégias de atenção à saúde.

O trabalhador em saúde entra nessa negociação pela sua característica singular: a de ser o responsável por operar atos profissionais em saúde. A forma de trabalhar da maioria dos profissionais é produto dos modelos hegemônicos de produção de saúde. Nestes, *o ideal do exercício liberal (individual) da profissão e o ideal do cenário consultório-prescrição (de ampla autonomia) terminam por estabelecer a vigência – no plano ideativo – da imagem liberal-privatista* (Ceccim e colaboradores, 2008, p. 1568). O ensino formal tem ampla responsabilidade pela construção dessa forma de pensar dos trabalhadores de saúde. Em lugar de ruptura com modelos de aprisionamento em identidades, corrobora e explica as fronteiras entre profissões e entre os profissionais no exercício do trabalho, indicando, nas habilidades específicas da profissão, o padrão de desempenho com qualidade – como também apontam Ceccim e colaboradores (2008, p. 1578), *não surgindo uma reflexão crítica relativa aos modelos assistenciais desde o ponto de vista da integralidade ou desde o uso da epidemiologia na avaliação e melhoria da qualidade.*

Além das experiências formais de educação pelas quais passam os profissionais de saúde, também é importante destacar a educação que se dá no cotidiano dos processos de trabalho em saúde e que provém das dificuldades e demandas surgidas no dia a dia, servindo como definitiva forma de aprendizagem e transformação de práticas. Invariavelmente, não existem espaços de troca entre os diferentes saberes que trabalham em um mesmo cotidiano de serviço, principalmente pelo não reconhecimento, por parte dos profissionais, de que tais momentos sejam necessários, uma vez que uma hierarquia entre os conhecimentos em saúde é comumente adotada e assim são tomadas as decisões.

Parte importante do que é produzido no momento de encontro com o usuário ou nos espaços de educação nas equipes de saúde é resultado de uma aceitação sem a crítica

necessária das formas hegemônicas de produção de saúde e de suas estratégias de aprisionamento do saber-fazer em saúde, dando-se preferência aos padrões formalistas e disciplinadores de realizar o encontro com o outro-usuário ou o outro-equipe.

Pensando em estratégias contra-hegemônicas de educação em saúde, Ceccim (2010, p. 11-12) destaca a Educação Permanente em Saúde como importante estratégia de torção ao *atravessar o trabalho pela formação, não o formar para ajustar a qualidade do trabalho*. O desafio seria a presença da Educação no cotidiano dos serviços: em lugar de formar para prescrever as formas de trabalho, colocar a aprendizagem nos modos de fazer do trabalho em saúde. Ao *interrogar a inserção dos trabalhadores, as relações entre os vários serviços, a compreensão das implicações do trabalho com a vida de seus usuários e como o cotidiano serve à construção de conhecimentos e práticas*, aprender-se-ia um arranjo local do conhecimento disponível: *saberes de si, saberes da experiência e saberes formais*.

Partindo-se da ideia de que o modelo de atenção à saúde é dado a partir de relações sociais em um dado momento e lugar, atendendo a determinados interesses, sua vigência, hegemonia e reprodução dependem da construção de ideias comuns. Na prática, para usuários e profissionais de saúde, há o surgimento de regras que exigem um enorme constrangimento para serem quebradas, pois já estão naturalizadas e, assim, são repetidas em nossos processos de produção de atos em saúde. As noções de *desenho e arranjo*, que problematizam a noção de *modelo*, vêm romper com as ideias comuns, desacomodando-as. Trazem uma noção de configuração provisória, de que hoje isto está arranjado desta forma, mas que está prestes a modificar-se se diante da abertura de uma deriva. Há uma luta constante entre o que está instituído e outros instituintes que querem tornar-se os primeiros, querem desconstruir a forma, desenformá-la para talvez reconstruir. O questionamento do naturalizado é saudável e necessário para que um estabelecimento de saúde se mantenha atendendo ao que lhe é exigido, que também não é definitivo.

Ceccim (2004, p. 162) destaca a Educação Permanente em Saúde pela *sua porosidade à*

*realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde* e defende a instauração dessa estratégia como ferramenta capaz de desenvolver recursos tecnológicos para a operação do trabalho em saúde a serem utilizados nos serviços: *recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional*. A noção de *desenho* ou *arranjo* nos faz lembrar que aquilo que hoje está configurado é produto de nossas vontades, foi construído, dando-nos a sensação de iminente movimento, de que somos capazes de ressignificar nossas práticas conforme uma nova necessidade, e então imagens deixam de ser representação para serem cenários de desafio.

Mais importante, então, que pensarmos em um *modelo*, é pensarmos no *desenho local* das ações em saúde. Cada local de assistência tem sua particularidade, pois conta com seus atores principais na saúde (usuários, trabalhadores e gestores) organizados em uma conformação local, em um *desenho local*. A forma como esse conjunto opera, ou como o *desenho* torna-se animado, diz respeito ao modelo de atenção à saúde que predomina naquele cenário e, principalmente, às formas como se dão as relações entre os atores. A desnaturalização dos modelos será tanto mais efetiva quanto mais imagens puderem desafiar o pensamento e a ação.

A micropolítica é um conceito importante para que possamos entender essa desnaturalização de modelos em desenhos locais de práticas de saúde. Ela diz respeito às relações que se dão durante o processo de trabalho e expressa o sentido das práticas, sua produção de subjetividades e protagonismos. Como resultado de diversas subjetividades e interesses, a micropolítica é múltipla de quantos atores se inscrevem em cada lugar e carrega modos de subjetivação. É nesse lugar que se define o perfil de assistência oferecida porque é como efetivamente se dá o trabalho e a produção de atos em saúde (Capozollo et al, 2005).

Sobre os processos de trabalho mais tradicionais, Merhy (1997) fala que as *revoluções no mundo tecnológico da produção*, ocorridas marcadamente na esfera terciária de produção industrial, vêm se estendendo para outros locais da produção em geral,

incluindo os espaços da saúde. Essas revoluções trouxeram a transformação do papel do trabalho – vivo e em ato – dos processos cotidianos em saúde, substituindo-o por mecanismos gerenciais capazes de capturar o sensível, convertendo-o em protocolar; trouxeram novas máquinas à cadeia de produção (na saúde, representadas pela indústria farmacêutica e pela de equipamentos biomédicos); trouxeram novos modos de gerir a atenção, de forma que se tornem coerentes com a natureza prescritiva do processo assistencial. O *trabalho vivo* foi desafiado pelo *trabalho morto*, pois o autogoverno do trabalhador no desenho assistencial foi domesticado, uniformizado, assim como as necessidades do usuário do produto final, que por vezes, não são levadas em conta durante o ato de produção da assistência. Não raro as próprias necessidades finais são capturadas pelos mesmos interesses que uniformizam o trabalho em saúde, como observamos no crescente consumo de exames diagnósticos.

Os locais onde são operados os atos de saúde têm algumas peculiaridades em relação a outros locais de produção terciária de produtos ou serviços justamente pela impossibilidade de haver uma captura total durante cada ato em saúde. Seu processo de trabalho é influenciado por lógicas de produção, consumo e necessidades com dinâmicas ímpares, dentro de uma incerteza sobre qual seria o *padrão* de produto final, bem como a incerteza sobre a satisfação trazida por esse produto. Merhy (1997, p. 98) diz que o *trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítica da política e é ação operadora da produção de bens*. Por essa peculiaridade é que qualquer processo de mudança não é simplesmente realizado como uma boa receita de produto final. Qualquer novo tensionamento, inicialmente, terá que ser posto em jogo com a complexidade formada pelos profissionais que trabalham naquele cenário, e, mesmo depois de pactuada, não há certeza de que tal diretriz será realmente utilizada. Isso porque as ações em saúde ocorrem no momento do encontro, em que geralmente participam apenas o profissional de saúde e o usuário, não havendo, na prática, formas de outros atores participarem desse espaço de intercessão único e, desse modo, terem controle absoluto sobre a produção dos atos em saúde.

Novas forças instituintes desmassificariam necessidades, entrando em jogo os modos

coletivos de singularização. O desafio torna-se criação de processos em uma ordem tecnológica adequada para o trabalho vivo e em ato na saúde, não centrada no produtivismo de atos profissionais, mas nas atitudes eficazes e cuidadoras, em acordo com um modelo de atenção à saúde que tenha considerável parte de seu trabalho embasado nas tecnologias leves.

Destaco o ensino das práticas de trabalho embasadas nas tecnologias leves, nos encontros, na produção de vínculos de responsabilização entre os atores; defendo um modelo de atenção à saúde que seja capaz de ofertar tecnologias duras quando necessário, mas que não tenha o seu processo de trabalho submetido a elas ou, em um pior cenário, *para* elas. Defendo uma prática impregnada de momentos de reflexão, uma prática que, a partir das experiências e discussões com um histórico local, produza tecnologias leve-duras na forma de instrumentos facilitadores para o cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde. O desenho local das práticas de ensino originadas no trabalho em saúde pode ser resultante do *devir-mestre*, influenciando o imaginário dos profissionais, sejam eles alunos passando por períodos de estágio, sejam trabalhadores da saúde com constante necessidade de (re)pensar suas práticas e formas de trabalho, (re)ativando processos de aprendizagem. Acima de tudo, vejo práticas de trabalho e ensino que se tornem apresentações de um conceito de saúde preocupado com a produção de vida, cujo modelo local se torne o desenho vivo dos encontros, *matéria viva do escutar, cuidar e tratar*.

## **Itinerários terapêuticos e outras ferramentas analisadoras: trabalho em saúde e o momento do encontro**

Além de perceber a potência de movimentos disruptores no ensino médico e a incapacidade de os currículos médicos localizarem a formação de profissionais dentro das redes de práticas em saúde produtoras de saberes, considero importante trabalhar alguns aspectos da construção teórica já existente sobre o modelo de atenção que os usuários encontram para terem atendidas suas necessidades em saúde, em contraponto à formação pela qual passam os profissionais da saúde. Merhy (2002) sugere identificar *ruídos* no cotidiano, o que permitiria o redirecionamento de ações em determinado serviço de saúde. Nos ruídos, estão micropolíticas ou linhas de fuga em espera, conceitos que serão apresentados ao longo do capítulo.

Destacaria, dentro da análise de um serviço de saúde, a necessidade de captar onde estão suas micropolíticas do processo de trabalho, entendendo estas como o lugar onde se manifestam e se produzem subjetividades individuais, coletivas e institucionais. Buscando localizar o protagonismo dos trabalhadores e dos usuários de saúde nos cotidianos de trabalho, vemos que as formas como se dão as relações de trabalho decorrem menos de protagonismo que de reprodução, sendo guiadas por diversos interesses. Práticas e ações são organizadas de modo que atendam a interesses externos aos mundos que emergem a todo o momento e em ato no trabalho. Se essa é a condição de todos os trabalhos fortemente estruturados, não é o caso da saúde, em que a liberdade é dada às equipes pelos conceitos da área. Assim, o espaço da micropolítica é múltiplo e multivariado por quantas identidades que se produzem e são produzidas sobre e nesse lugar. Como atores que têm projetos e pretendem realizá-los, os trabalhadores redefinem cada política da assistência, e não simplesmente a executam. Então, analisando a micropolítica, podemos perceber como se dão os processos relacionais que fazem operar, bem ou mal, a gestão, os padrões de acolhimento, a escuta, o cuidado e o tratamento presentes. Diversas perspectivas de produção de saúde podem ser adotadas, desde a *produção da saúde* (em que há

ganho de autonomia no modo de o usuário andar sua vida) até a *assistência procedimento-centrada* (em que a finalidade da saúde se esgota na produção de um paciente examinado, diagnosticado, prescrito, operado e ponto final).

Partindo-se de um posicionamento gerencial inserido numa lógica de produção de atos cuidadores, há necessidade de os profissionais de saúde disporem-se ao encontro com os usuários no modo de um trabalho vivo e em ato, e não com base nas cartilhas institucionais imaginadas por gestores ou pesquisadores da evidência. Nesse encontro, é estabelecido um espaço *intercessor* que sempre existirá nos encontros quando simplesmente se dão passagem, um pelo outro, pelo ato da palavra ou do olhar. Esse é um lugar que revela a transversalidade de distintas forças instituintes, demandadas pelos usuários, pelos profissionais ou pelos serviços, além de revelar o modo como socialmente um dado processo instituído captura as necessidades ou as invade.

O ato da palavra quer dizer apenas que um falar sob um escutar tem função terapêutica, o que a psicanálise já sabe, mas dela não precisamos para constituir o ato da palavra. Quando podemos falar, começamos a saber mais de nós; quanto mais sabemos de nós, mais nos localizamos e, assim, distinguimos nossas necessidades e os passos que lhes proporcionam/proporcionarão alívio, inclusive o de atender às prescrições médicas. O ato do olhar quer dizer apenas que lançar/oferecer um olhar a alguém é proporcionar-lhe uma inscrição de território, reterritorialização que dá guarida ao *ser* e permite devires de ruptura e reconfiguração a esse *ser*. É fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, tentar descobrir qual é o tipo de intercessão que se constitui e os desafios que operam no seu interior: se uma intercessão houver, não teremos controle sobre sua destinação, mas sabemos de seu disparo *a posteriori* por seus efeitos, inclusive de alegria. Às vezes, temos notícias de um novo sujeito coletivo que se formou. Em uma intersecção objetual, o usuário é externo ao processo, pois o momento profissional dá-se mediado pelos equipamentos tecnológicos provenientes de sensibilidades anteriores, sobrepondo totalmente o atual pela interpretação de regimes de verdade científica anteriores.

Todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenhe, é sempre

um operador do cuidado, atuando clinicamente; logo, deveria ser capacitado para fazer o acolhimento e produzir percursos. Caso seja reconhecido como o responsável por um projeto terapêutico, também deve ser capaz de atuar como um gestor do cuidado, administrando relações com os vários núcleos de saberes profissionais, ocupando um papel de mediador no encontro com processos multiprofissionais. O papel de gestor do cuidado é intercambiável com os dos colegas de trabalho, pois nenhum trabalhador é plenipotente (ou onipotente), tampouco neutro, amoral e totalmente permeável.

Cabe aqui interrogarmos novamente qual é a formação de nossos profissionais para que tenham competências para produzir procedimentos inerentes à sua especificidade profissional e, ao mesmo tempo, para que se constituam como cuidadores, com responsabilização de fazer promoção, prevenção e cura, tanto na clínica individual quanto em coletivos. Ao mesmo tempo em que questiono como os processos de educação desconsideram os imaginários dos estudantes quanto ao que inicialmente pensavam como sendo *cuidar*, questiono qual o valor que as escolas médicas dão ao ensino do cuidar interdisciplinar e que centraliza o cuidado em um profissional que faça a gestão da assistência, independentemente da profissão. Mesmo que tal necessidade esteja identificada para um processo de trabalho que dê conta de atender integralmente um usuário e se oriente pelo encontro, dos profissionais também são exigidas capacidades de resolução de necessidades em saúde dependentes de tecnologias-instrumento, de saberes mais instrumentalizados em determinados momentos, como exames complementares ou procedimentos cirúrgicos, mas que nunca devem ser tomados como etapa finalística na atenção ao processo saúde-doença. A partir dessas várias atribuições individuais ou coletivas requeridas, coloca-se outro ponto importante: qual a melhor forma encontrada para equilibrar a difícil combinação entre capacidade de produzir cuidado e capacidade de produzir procedimentos, com o objetivo de produzir a melhor atenção à saúde.

Ao pensar em todas essas características do cotidiano dos processos de trabalho em saúde e no objetivo de revelar que, ao longo da formação profissional, não há a consideração crítico-reflexiva das trajetórias percorridas pelos usuários, penso a

necessidade de algumas ferramentas-conceito que nos permitam um arcabouço teórico sobre *como* trabalhar em saúde, revelando qualitativamente o modo de operar o cotidiano e de construir, na prática, um desenho de atenção singular (modelo local) e orientado por encontros (capaz de rever-se e de interrogar seus imaginários), buscando responder à interrogação de *para que* se trabalha em saúde. Penso na natureza ético-estético-política da clínica e nos interesses envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde; entendo necessário perscrutar qual imaginário institucional orienta os modos de produzir saúde e inquirir o *que* esse modo de trabalhar está produzindo em termos de educação. Aos permitirmo-nos ressignificar a prática de trabalho profissional, aceitamos que serviços ou equipes são a reflexão da prática individual e espaços para a reflexão sobre os ruídos advindos das rotinas institucionais e dos desenhos protocolares da atenção em um determinado "sistema" de saúde que não nos antecede, simplesmente se compõe "em rede" com e por nossas práticas.

Um dos fins para o uso destas ferramentas é a busca pelos ruídos dos cotidianos dos processos de trabalho. Segundo Merhy (1998), pensar em ruído é buscar algo que transborda (extravasa) e representa aquilo que não foi contemplado pelo modelo de atenção adotado em um cenário com relações estabelecidas, com atores operando em uma lógica predominantemente silenciosa. Se houver uma boa capacidade de escuta e espaços de educação permanente, há boas possibilidades de que seja empreendida uma mudança de atitude ou de postura. Que a Educação Permanente em Saúde possa ser um analisador por ruídos é uma aposta; seria a defesa da entrada da educação no modo de fazer e ensinar saúde, como defendeu Ceccim (2007a) ao propor a noção de *escuta pedagógica em saúde*. A *escuta pedagógica*, segundo o autor, diferencia-se da audição, pois, ao invés de apenas tratar da apreensão de vozes e sons audíveis, se preocupa com a compreensão de expectativas e sentidos. Ao ouvirmos as palavras, mas também *as lacunas do que é dito e os silêncios*, ouvimos demandas à formação de pessoal e à formulação de políticas e programas estratégicos (Ceccim, 1997, p. 31). A possibilidade de escuta simultânea do que é feito (realidade), do que é produzido (o *socius*) e do que é imaginário (idealidades e subjetividades) trata do localizar de pontos de captura e dos caminhos de fuga, aprisionamentos e pedidos de passagem nos

modos de produzir saúde.

Assumindo o compromisso de localizar linhas de fuga nos processos já instituídos, interrogamos sobre como se dá a captura do trabalho vivo e ouvimos as tensões que constituem essa captura, quais são as formas de perpetuação e naturalização dessa captura. A interrogação, se houver, coloca em análise o processo de trabalho, fazendo reverberar as formas de "pensar e sentir" a atuação profissional em saúde. Em última instância, as práticas de produção de atos vivos em saúde requerem estratégias de pensamento como prática cotidiana, isto é, a introdução da problematização como prática de trabalho. De maneira coletiva, colocar em ato de conversa nossas trajetórias de formação, experiências de trabalho, experiências do usuário e experiências de gestor do cuidado nos convocariam e, pelo mínimo, introduziriam "movimento de imaginários": refletir, criticar, debater e construir/reconstruir nosso trabalho e nossa clínica.

Nos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), está definida a integralidade da atenção como o *conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*. Com isso, poderíamos afirmar que o usuário deve ter acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Entretanto, uma histórica figura em forma de pirâmide representa nosso modelo assistencial imaginário: uma ampla base com um conjunto de unidades responsáveis pela atenção *primária* ou *básica*, na perspectiva da construção de uma *porta de entrada* para os níveis superiores, de *maior complexidade* tecnológica; no *topo da pirâmide*, o lugar ocupado pelos serviços hospitalares de alta técnica, os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou até mesmo nacional. Na zona intermediária da pirâmide, estariam localizados os serviços ditos de atenção *secundária*, serviços de *especialidades*, serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. Cecílio (1997), analisando essa forma tradicional de representar os modelos de organização do Sistema Único de Saúde, fala que aquilo que está representado é a *possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de*

*cima para baixo, realizado por meio de mecanismos de referência e contra-referência, fazendo com que esse fluxo de usuários dentro do sistema resulte na otimização dos recursos disponíveis, de modo que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (Cecílio, 1997, p. 470).* Utilizando a pirâmide como nosso modelo, pode-se fazer uma análise do sistema que se propõe a ser a referência para cuidados em saúde e das dificuldades encontradas pelos usuários em transitar por diferentes pontos desse sistema, de forma a encontrar acolhimento às suas necessidades. Interessante citar que, dentro dessa integralidade, não deveríamos pensar em uma rede primária e secundária como sinônimos de melhor ou pior, mas sim em tecnologias necessárias e adequadas para atender a determinada demanda do usuário ou situação percebida pela equipe de saúde. O que não está incluído nessa integralidade é a autonomia dos processos vivos. Seu desenho é predefinido, autoexplicativo e autoimpositivo.

Merhy (1997) tira de cena essa imagem, localizando o que denominou por *tecnologias de trabalho em saúde*, mostrando-nos que podemos trabalhar cada uma delas em separado ou mediante arranjos. De *tecnologias duras*, chamou as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, tendo esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos; de *leve-duras*, os conhecimentos inscritos sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, pois apresentam uma parte definida anteriormente, que é a técnica, e uma parte relacional, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes, dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e de *leves*, aquelas que dizem respeito às relações e que, de acordo com o autor, são fundamentais para a produção do cuidado, referentes a um jeito ou atitude próprios do profissional, que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade.

É importante ressaltar que, sob um conceito tradicional de tecnologia, estariam incluídos apenas os instrumentos-tecnologia, mas, ao incluirmos as leve-duras e as leves, assumimos que estão aí saberes tecnológicos necessários, e não casualidades da atenção integral. Admitindo esses conceitos, eleva-se a audição de ruídos, por

exemplo, a ausência de uma conversa, do acolhimento gentil ou das explicações consistentes – em linguagem acessível – sobre a sintomatologia, a terapêutica e a proteção da saúde. Essas três tecnologias, sua presença ou insuficiência no arranjo da assistência explicam como são oferecidos os procedimentos, os exames complementares, as consultas com médicos especialistas e a realização de condutas de autocuidado. Como são trabalhadas as tecnologias leves? Como se dá a relação dos profissionais de saúde com os usuários, principalmente sem deixar de lado os saberes necessários, seja para o encontro, seja para o tratamento? O que fazemos com saberes resultantes de uma troca de olhares, da interação, do interesse para com as dificuldades percebidas e que nos são difíceis de lidar?

Na prática, se há um equilíbrio e adequação do uso dessas tecnologias, aproximamo-nos da integralidade, dos sentidos da equipe e dos sentidos de rede na atenção à saúde, rede inclusive intersetorial. Acontece-nos de resumir os sentidos do trabalho em saúde à ação focal, bem delimitada e de intervenção objetiva. Entretanto, os problemas de saúde incluem os aspectos de gênero, de classe, de etnia, de vida adolescente, do envelhecimento, da saúde mental, etc. Por que os imaginários do trabalho médico se preservam na díade problema-solução, e não na construção de redes de escuta e redes de intervenção? Por que o médico se vê sozinho no consultório, cercado de livros tira-dúvidas, e não em uma equipe multiprofissional com usuários em redes de convívio? Esta noção de processo de trabalho valoriza o aspecto relacional e dá ao trabalhador uma grande margem para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e, o mais importante, inserir o usuário no processo de trabalho de sua própria saúde, fazendo-o protagonista de seu processo saúde-doença.

Ceccim e Ferla (2006), ao falarem em *linha de cuidado*, apresentam-nos mais uma ferramenta-conceito e colocam a integralidade numa trama de serviços e práticas profissionais. Para os autores, essa é uma proposta de organização da atenção à saúde que usa a integralidade como preceito na operação do cuidado, tomando uma concepção de saúde embasada em uma trama de práticas cuidadoras e de afirmação da vida. Para tal, pressupõe-se que sejam conhecidos vários aspectos relacionados à

saúde da população, como os contextos de produção de saúde e de doença; a forma de ordenação entre os recursos existentes e os necessários para garantir a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a afirmação da vida e as estratégias despendidas para que os modos de levar a vida dos usuários possam fazer parte de projetos terapêuticos singulares. Na prática, a organização das linhas de cuidado dá-se por um fluxo resolutivo e articulado dos usuários entre os componentes de um sistema, operando com o acolhimento, resolubilidade das necessidades e continuidade da atenção dentro de cada unidade assistencial. Um dos grandes compromissos é garantir que as demandas tenham acesso a redes de cuidados, em diferentes estratégias e locais de acolhimento, mas, principalmente, que tenham saída, traduzida em cura ou, pelo menos, tomada de responsabilização por projetos terapêuticos (se não for possível a cura, embora cura seja uma das expressões da autonomia no andar a vida, com ou sem doenças formalmente designadas). É necessário que sejam criados laços de confiança estreitos entre diferentes pontos do sistema assistencial e também com a gestão setorial e com as instâncias de controle social, articulando uma atuação intersetorial. Não menos importante é a necessidade de criação desses laços de confiança com os usuários, traduzidos na forma de vínculo e continuidade da atenção, resultando na sensação de acolhimento e segurança.

Sintetizando essas ideias de acolhimento, responsabilização e vínculo, os autores dizem que a utilização das linhas de cuidado como forma de organização da atuação profissional *aponta para a participação dos usuários, inclusão de estudantes, docentes e pesquisadores na construção da gestão do cuidado e aprendizado sobre práticas resolutivas orientadas pela qualidade de vida* (Ceccim, 2007b, p. 101). As linhas de cuidado evidenciam vários aspectos da saúde da população, como as formas de produção de saúde e doença, bem como a ordenação dos recursos existentes e necessários, de maneira a equilibrar promoção, prevenção e cura de doenças e contribuir para a afirmação da vida; destacam, ainda, o acesso ou não às redes cuidadoras e, principalmente, a responsabilização (ou não) de cada ator pelos projetos terapêuticos.

Para o *Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde*

*Suplementar*, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2009, p. 15), a Linha de Cuidado constitui *um novo modo de estruturar a atenção à saúde, no qual o beneficiário se encontra no centro da organização do sistema, podendo contribuir para a adoção de uma prática mais cuidadora, integral e, portanto, mais efetiva*. No que diz respeito à atuação em linhas de cuidado, dentre os diferentes atores em saúde com que o usuário tem contato, o manual técnico também cita que elas *possibilitam descrever e avaliar a pactuação existente entre os diversos atores da saúde implicados com a organização e o funcionamento dos serviços*, e o objetivo final dessa análise é uma prestação de cuidado responsabilizada e efetiva, com o *caminhar do usuário na rede de serviços, que seja seguro, tranquilo, sem obstáculos, garantindo a qualidade da assistência* (Brasil, 2009, p. 60).

A noção de linhas de cuidado nos faz perceber que ruídos escapam nas formas oferecidas para garantir o acolhimento, a resolubilidade das demandas, o vínculo e a continuidade da atenção e os laços de confiança interinstitucionais.

Consideradas as abordagens da pirâmide ao círculo de Luiz Cecílio, das tecnologias duras, leve-duras e leves de Emerson Merhy e da linha de cuidado de Ricardo Ceccim, podemos colocar o usuário em foco na análise das estratégias de serviço e da assistência médica. Algumas ferramentas analisadoras de ruídos foram desenvolvidas pela Saúde Coletiva para prover a escuta de ruídos nessa trama: o *fluxograma analisador* e a *rede de petição e compromisso*.

O Fluxograma Analisador é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. Assim, um diagrama resulta do desenho do percurso de um usuário da parte de entrada à conquista da cura ou reabilitação. Permite-nos olhar o que acontece na operacionalização do trabalho no cotidiano e de que forma, em algum momento, o usuário se perde ou é perdido numa trajetória de busca por cuidados dentro do processo de trabalho. Procura-se, com o Fluxograma Analisador, interrogar a micropolítica da organização do serviço de saúde e, assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses e de poder e os processos decisórios. Ao

retrataram-se todos os processos e interesses implicados na organização dos serviços, revelam-se áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores dos serviços (Franco, 1999). Tal ferramenta não é ensinada nos currículos médicos porque atender é um processo de consulta, não de fluxo, e porque a imagem é a da consulta, não a de fluxos de vida em fluxos de serviço ou de redes de serviço.

Sobre a Rede de Petição e Compromisso, Malta e Merhy (2004, p. 263) falam que esta se constitui em um pacto produzido entre atores, em torno de determinado tema, tornando-se importante por permitir a publicização e estabelecimento de compromissos entre os diferentes níveis diretivos e operacionais. Essa ferramenta mostra-se bastante útil para abrir a caixa preta das relações trabalhador-trabalhador, serviço-serviço e setor de saúde-intersectorialidade, uma vez que analisa a partir de um centro, de um ponto considerado estaca, e parte para a análise das relações políticas e institucionais e de outros trabalhadores, demonstrando como estão estabelecidos os contratos, formais ou informais, entre os trabalhadores e instituições e como está ordenada a rede de expectativas entre unidades produtoras de atos em saúde. Uma rede "de serviços", transposta à noção de "rede de petição e compromisso", diz de serviços que não são estanques ou de pura técnica, mas "nós de um fluxo" onde uns pedem e oferecem a outros suas tecnologias de escuta, cuidado e tratamento: petição (pedidos) e compromissos (envolvimento/responsabilização). Essa noção também não é ensinada nos currículos médicos – cada "consulta" em um "consultório", cada encaminhamento para um endereço "fixo", ausência do "fluxo", produtor das relações vivas.

Por fim, chegamos a dois conceitos importantes e necessários de serem pensados para uma formação médica não apenas embasada nas patologias e na história natural das doenças, mas em escuta, cuidado e tratamento: o *itinerário terapêutico* e a *trajetória assistencial*.

O Itinerário Terapêutico é uma forma de analisar cotidianos, não apenas um serviço de saúde, fazendo um movimento dentro e fora do sistema de saúde pelo usuário, em busca do fim maior que o impulsionaria a procurar práticas em saúde: o

restabelecimento da condição que ele considera ser sua melhor condição de saúde por meio de diferentes cuidados terapêuticos. Essa busca, na cultura biomédica, resume-se a procedimentos diagnósticos ou tratamentos prescritos à procura de uma explicação anatomopatológica para aquilo que motivou o indivíduo a buscar o sistema profissional de saúde, mas não é o suficiente para explicar tudo o que foi mobilizado na prática. Tampouco são suficientes apenas medidas prescritivas para que seja alcançada novamente uma condição de saúde.

Langdon (2006), falando sobre a evolução do conceito de doença dentro da Antropologia da Saúde, faz um interessante apanhado que merece ser discutido para iniciarmos a trabalhar com o conceito de *itinerário terapêutico*. Os primeiros antropólogos que analisaram a Medicina como categoria de pesquisa no início do século XX estudaram a Medicina primitiva das culturas não-europeias e já consideravam a saúde como uma instituição social intimamente ligada ao resto da cultura e da sociedade, reconhecendo que a percepção do estado de doente, o diagnóstico e o tratamento da doença dependiam de fatores sociais, seguindo modelos lógico-explicativos do tipo causa-consequência, de acordo com o que se acreditava na época ser capaz de trazer doenças para os indivíduos. Essa forma de análise era ainda bastante superficial e dualista, sem analisar os processos das doenças e dinâmicas culturais locais, no caso, indígenas, apenas reconhecendo o que era definido como doença em diferentes culturas.

Na década de 1970, os antropólogos juntaram as preocupações da Semiótica, da Psicologia e da Antropologia Simbólica às da Etnomedicina, considerando que a doença, antes mesmo de ser um evento biológico, é um processo experimentado, com significados modificados por eventos culturais e sociais. Junto dessa modificação de valores do processo de adoecer, há também o reconhecimento da dinâmica cultural: assume-se um conceito de cultura como um sistema de símbolos que fornece um modelo *de e para* a realidade, embasada nas práticas e no indivíduo, quando este conscientemente interage com outros atores, percebendo-se e agindo em busca do entendimento dos eventos e da busca de soluções originais. Admite-se, então, a heterogeneidade dentre os indivíduos de uma mesma cultura, pois eles têm

percepções diferentes devido à sua subjetividade e a experiências singularizantes.

Junto a essa mudança de paradigmas, houve o reconhecimento da *doença como um processo*, organizando o que futuramente veio a chamar-se de *itinerário terapêutico*. A interpretação do significado da doença por parte do indivíduo tem o objetivo de tentar resolvê-la ou, ao menos, entender o que está sendo vivido. Para analisar uma trajetória de busca por cuidados, o objetivo é compreender o porquê de algumas escolhas e buscas por parte do indivíduo, e, para isso, é necessário que todo o episódio de adoecer seja acompanhado, desde os locais procurados até os discursos dos atores envolvidos.

Conceitualmente, a doença, ou problema de saúde como processo, tem fases que podem ser separadas para o melhor entendimento: o reconhecimento dos sintomas, o diagnóstico, a escolha de tratamento e, por fim, a avaliação. O início do processo é quando o ator identifica que há uma sensação ou uma representação de que algo imaginado como parte de sua saúde não está bem, sendo essa percepção consideravelmente capaz de ser modificada de acordo com padrões culturais em que o indivíduo está inserido. Esses sinais não necessariamente se encaixam em modelos biomédicos e podem admitir até sinais externos ao corpo, como os obtidos junto à natureza, por exemplo. O segundo momento é o da escolha do tratamento a ser seguido. Essa decisão é feita de acordo com o núcleo familiar ou de outros atores próximos envolvidos. Para essa decisão, são levadas em conta experiências individuais, mas também as de todos os outros que estão negociando a melhor terapêutica. A avaliação de que o sintoma é grave ou pouco usual é fator importante, pois determinará se a escolha da cura da doença dar-se-á com medidas mais cotidianas ou se haverá necessidade de que alguém reconhecidamente mais especializado indique uma cura. Essa pessoa que socialmente é mais habilitada para fazer uma avaliação também é uma construção social, inserida em um contexto que leva em conta tanto a cultura quanto a disponibilidade e acesso, podendo ser um pajé, um xamã, uma benzedeira ou um serviço de emergência médica. O terceiro elemento envolvido na doença como processo é a avaliação dos resultados: se a doença não dá mais os sinais iniciais ou é considerada curada, ou se os sinais persistem, são modificados ou

acrescidos de outros. Uma reinterpretação dos sinais antigos ou uma reavaliação da nova configuração é realizada, e um novo grupo de pessoas pode participar no processo de busca pela cura da doença.

São essas sucessivas interpretações, avaliações e experimentações, feitas por diferentes e variados atores, que acabam tornando complexo e singular cada episódio de adoecimento; por isso, não é justificado dividir cartesianamente corpo e mente, como na história natural da doença. Corpo e mente são uma unidade indiscernível. Qualquer vivência é corporal e psicológica, qualquer experiência de doença redefine uma pessoa, qualquer processo afetivo redefine o comportamento de uma doença.

Segundo Ceccim e colaboradores (2007b), condicionam a busca por cuidados em saúde, por um lado, a realidade social e, por outro, a realidade biológica e psicológica. Segundo os autores, há uma ligação estabelecida entre essas duas perspectivas, a qual corresponde à *realidade simbólica*, objeto abordado pelo *itinerário terapêutico*. Para dar conta de outra forma da realidade social e biológica, é necessário também pensar sobre a *Trajetória Assistencial* e suas condições definidoras.

A *trajetória assistencial* pode ser pensada como a busca dos cuidados terapêuticos nos diferentes espaços de prestação de escuta, seja em espaços profissionais, sistemas informais ou populares. Difere, de certa forma, da abordagem dos *itinerários terapêuticos* por ter um enfoque maior na rede assistencial formal e menos nas representações que a doença e o sentir-se doente ocupam no processo de busca por terapêuticas. Quando falo que há essa pequena distinção no enfoque, não estou de modo algum dizendo que é possível abordar de maneira separada *itinerários terapêuticos* ou *trajetórias assistenciais*; creio, inclusive, que uma das grandes dificuldades de se entender por que há baixa adesão a diversos tratamentos propostos é consequência dessa segmentação feita quando se pretende estudar separadamente os dois campos abordados por cada um dos conceitos. A trajetória oferece-nos um "arsenal de ruídos", pois nos conta de portas abertas ou fechadas quando alguém busca um serviço de saúde: ter sido acolhido ou ter sido mal atendido, terem sido indicados exames em um lugar, terapia em outro, consulta em outro, outro e mais

outro serviço. Outro e mais outro porque ninguém acolhe ou nenhum resolve, ou porque excessos ou inépcias estão sendo impostos ao usuário em vivência do processo saúde-doença.

A busca de cuidados compreende formas do *autocuidado*, que, por vezes, acabam sendo assimiladas por atendimentos no modelo biomédico. A *trajetória assistencial* busca entender esses percursos para propor recursos a partir de uma organização das possibilidades ofertadas para um cuidado efetivo do usuário, além do levantamento das desigualdades que regulam o acesso a determinados tipos de serviços pensados como necessários em determinado momento. Mais do que apenas levantar uma seqüência de problemas nessa busca pela cura, o objetivo dessas reflexões é a busca de informações que, em um segundo momento, resultem em estratégias capazes de oferecer um cuidado efetivo e responsabilizado aos usuários ao proporem uma oferta organizada em negociações.

Ceccim e colaboradores (2007b, p. 99) ressaltam que, para a obtenção de uma efetiva análise das práticas cuidadoras em uma *trajetória assistencial*, é necessária uma *análise interdisciplinar* desta, uma vez que consideramos que apenas a abordagem biomédica não é suficiente, nem quando imaginamos o que é necessário para a efetividade de uma trajetória dentro dos recursos profissionais, tampouco quando imaginamos o que é necessário para responder a uma demanda de saúde em um sentido mais amplo, não-profissional. Além disso, visando a dar elementos para a formação de profissionais, o trabalho interdisciplinar, por um lado, é capaz de valorizar *as práticas de saúde, os aspectos da subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais* e, em uma análise mais abrangente, também pode considerar *as macrocondições de produção das realidades socioculturais, as iniquidades e as desigualdades sociais implicadas*. Um processo formativo teria que ser capaz de "ativar" esses pensamentos, "destravar" esses pensamentos, "proporcionar" esses pensamentos.

## **Estabelecimento de uma rede narrativa: este ator e seus outros**

Chego a um ponto de necessária suspensão das afirmações. Já foi apresentado um imaginário médico onde não estão consideradas – como parte do currículo –, nem postas em interrogação, experiências desestabilizadoras, a fim de reverberar representações e significados. Também já deixei antever que o ensino médico não está em consonância com práticas capazes de estimular intensa reflexão sobre o papel dos profissionais dentro dos locais de assistência. Da mesma forma, não estão em potência formas e estratégias de pensar a atuação profissional segundo uma clínica que busque promover cuidado, e não apenas diagnósticos e tratamentos para os usuários (individuais e coletivos).

Diante disso, optei por uma metodologia direcionada aos imaginários, deixando em aberto as formas de trabalhá-los dentro da escola médica. Pensei em trabalho de pensamento embasado na *triangulação* (Minayo, 2005), em que diferentes formas de coleta de dados são utilizadas, fazendo com que questões objetivas e subjetivas dialogassem, destacando consensos e conflitos em cada uma das estratégias e entre elas também. Segundo Minayo (2005, p. 8), a triangulação *em lugar de se apoiar num marco referencial disciplinar (...) amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a permitir perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macrorealidades.*

Na primeira parte deste texto, apresentei uma autonarrativa. Scholze (2008), ao trabalhar o conceito de *narrativas de si* em Foucault, diz que *a produção de narrativas pode ser vista como uma prática de reflexão do sujeito consigo mesmo, com o outro e com o mundo. Nessa perspectiva, o sujeito está situado e é constituído pelos discursos que o atravessam* (Scholze, 2008, pp. 89-90). A autonarrativa traz a voz do hoje do sujeito-pesquisador, mas é atravessada por um sujeito-com-interesses – interesses que o direcionam a também atingir um estado de sujeito-educador, não sendo uma narrativa desinteressada ou escrita de forma livre. O discurso do hoje, provisório e sujeito às circunstâncias, contém uma história pregressa e perspectiva. O fim da autonarrativa não é apenas compor uma história, mas tornar-se objeto de sua própria

reflexão, em relação com o outro e com seu entorno.

Ao lado desse primeiro momento de encontro com o eu, outra estratégia utilizada foi a do encontro com o outro. Pensei em fazer momentos de conversa com estudantes que estavam experimentando situações semelhantes às que me trouxeram desestabilização em meu percurso acadêmico e com outros que estivessem envolvidos com a mesma vivência de forma indireta, configurando-se como pares dos primeiros, mas sem o mesmo desejo de exposição ao diverso. Conversei ao todo com oito estudantes de graduação em Medicina, incluindo estudantes de séries iniciais, estudantes em estágio das clínicas básicas e estudantes em internatos (estágios curriculares profissionalizantes). Utilizei um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, com temas disparadores: o que é ser médico e quais as motivações para escolher a graduação em Medicina; a *percepção* de e as *disputas* entre diferentes formas de ensinar a ser médico e de fazer a educação em saúde; atividades curriculares disruptoras e extracurriculares já realizadas; modificações nas expectativas ao longo do curso; e representações da palavra *poder* (apêndice 2). Ainda que esse instrumento tenha sido proposto, boa parte do material obtido foi decorrente de outras perguntas surgidas durante as conversas, pois, mesmo que houvesse uma intenção acadêmica de realizar a pesquisa, estar no espaço proposto com tal configuração propiciava combinações entre o sujeito-médico, sujeito-com-interesses e sujeito-educador, que a todo o momento buscavam respostas para suas dúvidas.

O critério de seleção dos estudantes, em um primeiro momento, foi o da participação na proposta de uma Vivência e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), tal como ocorrera comigo anos antes, quando fui estudante em proposta semelhante: três dos oito estudantes eram estagiários de um VER-SUS. A seguir, orientando a seleção, busquei aqueles que fossem alunos regulares da mesma universidade a que a experiência estava ligada, estando eles em atividades curriculares que serviram de campo de vivência aos estagiários do Projeto VER-SUS: cinco ao todo. Em um segundo momento, foi buscada a representatividade nos ciclos do curso já citado: quatro alunos no ciclo básico (primeiro e segundo anos) da graduação em Medicina, dois em estágios das clínicas básicas (terceiro e quarto anos) e outros dois

nos internatos médicos (quinto e sexto anos). Também busquei a representatividade de gênero: foram entrevistados cinco estudantes do sexo masculino e três do feminino (apêndice 1).

As entrevistas foram realizadas mediante a participação do pesquisador como facilitador no Projeto VER-SUS, realizado na cidade de Lages/SC e coordenado por professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac), com a colaboração da Prefeitura Municipal de Lages. O Projeto ocorreu de 10 a 16 de julho de 2011, oferecendo a oportunidade de contato dos estudantes com o sistema municipal da saúde, contato interprofissional e contato intercursos da região sul do Brasil (havia vagas não apenas para Santa Catarina, mas também para Rio Grande do Sul e Paraná).

A Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac) é uma universidade comunitária do sul do Brasil e teve seu curso de Medicina implantado em 2003. Seu currículo se propôs inovador, baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e no Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta estrutura curricular não-disciplinar e uso de metodologias ativas de aprendizagem, inicialmente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Essas metodologias entendem o estudante como sujeito da aprendizagem, apoiado no professor como mediador do processo de construção do conhecimento. O currículo contempla diferentes cenários de aprendizagem, na perspectiva de atuação e intervenção dos estudantes na realidade local dos serviços públicos de saúde (UNIPLAC, 2003). Há uma Equipe de Educação Permanente (EDUPE), e os instrumentos de avaliação são relacionados às inovações pedagógicas. A primeira turma, com 30 estudantes, iniciou em 2004 e colou grau em dezembro de 2009.

Os dados de meu contato com os estudantes foram organizados pela fonte de vocalização em três categorias (estudante de séries iniciais, estudante em estágio de clínicas básicas, estudante em internato) e segundo a condição de gênero (sexo masculino e feminino). As entrevistas, depois de transcritas, foram lidas em corte horizontal, buscando regularidades, e depois em corte vertical, buscando diversidades. Aos entrevistados, foram apresentados e explicados o objetivo da entrevista e o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o Apêndice 3. O projeto de pesquisa foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, após recebimento da Carta de Aprovação número 13.084, a coleta de dados foi iniciada. As entrevistas foram gravadas em meio digital e, posteriormente, transcritas na íntegra.

A terceira porção da metodologia apresenta uma continuidade da revisão bibliográfica específica sobre discussões já realizadas por outros autores da Educação Médica e da Saúde Coletiva que fazem contato com o tema dos imaginários da formação em saúde. Surgia, assim, uma produção teórica embasada na *triangulação* entre o encontro com o eu (autonarrativa), com o outro (entrevistas com estudantes) e um diálogo teoria-dados-teoria. Pensar no produto final apenas como um texto teórico ou apenas como resultado das entrevistas parecia-me insuficiente ao escolher uma abordagem que oferecesse um *caso de pensamento* colocando questões à educação médica. Siegmann (2007) propôs o *caso de pensamento* como estratégia para produção de conhecimento, a qual, como metodologia de pesquisa, tem uma proximidade com o ato de conversar, *configurando-se enquanto dispositivo de subjetivação e espaço de criação* (2007, p. 55). Diferencia-se de um texto com conclusões ou recomendações, ou de uma pesquisa com método, pois traz para a cena concepções, saberes formais, múltiplos paradoxos, as transitoriedades e as incertezas, fazendo com que uma linha de texto guie os leitores, mas que ao final se torna linhas com múltiplas possibilidades inscritas em cada um dos incontáveis pontos que abrem pensamento. Dessa forma, foi realizada a escrita do texto final, como uma conversa entre os atores envolvidos: eu e os estudantes relatando nossas experiências de formação e sentimentos despertados a partir delas, e os autores citados tendo suas vozes como contribuição teórica utilizada. Esse espaço indefinido que dá contorno teórico às reflexões críticas trazidas pelas situações propostas forma uma teia de ideias cujo sentido é o de revolver imaginários, torná-los produtivos, não representativos. O caso de pensamento também emerge dos estudos deleuzianos, pois *efetua novos agenciamentos, problematiza conceitos e expõe a multiplicidade contida nos pensamentos* (Siegmann, 2007, p. 56).

## Medicina, educação e saúde: mobilização de imaginários e a formação de médicos

Sobre a noção de imaginário, Ceccim e colaboradores (2008, p. 1570) a contrapõem às decisões humanas embasadas em um modelo explicativo das práticas, dizendo que *a justificativa – consciente e racional – não é o único fator motivacional das práticas e, talvez, nem o principal*; ressaltam que *uma atmosfera afetiva compõe em muito o acontecer da vida e este é o caráter motriz do imaginário*. Para os autores, *a efetivação do poder de determinado imaginário carrega consigo o seu correspondente de prazer e felicidade*. Em uma ideia um pouco mais descritiva em relação aos imaginários, os autores, usando a obra de Juremir Machado da Silva<sup>2</sup>, trazem uma dupla função para o imaginário: *reservatório* e *aura*. Reservatório porque faria a (re)união de diferentes sentimentos e recordações de experimentações, o que, em determinadas vivências individuais ou coletivas, *sedimentaria os modos de ver, de ser, de agir, de sentir e de aspirar ao estar no mundo*; e *aura* porque contém *um quê de imponderável, subjetividade inexorável*, funcionando, então, como uma atmosfera *perceptível, mas não quantificável* (Ceccim e colaboradores, 2008, p. 1570).

No que diz respeito aos imaginários do trabalho em saúde, um primeiro que pode ser considerado é relativo aos dos recém-ingressantes nos cursos de Medicina. Em outra ocasião, comparei esse momento ao devir biológico das células pluripotentes embrionárias: além da potência de seus devires, um jovem acadêmico nesse momento tem suas motivações, seus porquês e seus históricos de vida que compõem sua subjetividade e que o levaram até esse “sítio”.

Grossemann e Patrício (2004, p. 100), estudando a relação médico-paciente como uma ferramenta capaz de promover maior competência técnico-humanística para a formação dos acadêmicos de Medicina, afirmam que uma das grandes motivações que fazem surgir o desejo de ser médico é a do *desejo de curar, ajudar, salvar ou cuidar de outros seres humanos* e de poder promover o bem-estar do outro, o que traria

---

<sup>2</sup> Juremir Machado da Silva. *As tecnologias do imaginário*. Porto Alegre: Sulina, 2003.

realização profissional e pessoal, correspondendo ao meu solo representativo do ser médico, inclusive sobre a base material de minha convivência familiar.

No contato com os estudantes do VER-SUS/Lages 2011, questionei quanto à escolha da Medicina com as perguntas: "o que, para ti, essencialmente, é ser médico?" e "por que escolheste fazer Medicina?". As respostas às duas perguntas misturaram-se, mas, no geral, a resposta da primeira abrange aquilo que faz parte de um imaginário social coletivo. Com expressões diferentes, geralmente foi citado que o essencial do ser médico é *servir, ajudar* ou *auxiliar*, porém, em duas falas, observei visões claramente diferentes do papel de ser médico:

Médico é uma pessoa que tem uma responsabilidade em si, consigo e com o próximo. A gente pode ter a vida da pessoa nas mãos. É você *cuidar* da pessoa... Para mim, é [...] responsabilidade, amor [...] e ética (estudante H).

Ser médico... É *tratar* as pessoas, achar soluções para os problemas delas, principalmente biológicos (estudante F).

Essa clara diferença entre *tratar* e *cuidar* é assunto de intensa reflexão dentro da saúde e da própria Medicina, na tentativa de ressignificar o campo e o conceito de saúde, deslocando a atenção da *doença* para o *indivíduo* e suas relações, do *tratamento* (intervenção) para o *cuidado* (acompanhamento) e da *prescrição* para o *projeto terapêutico*. Ceccim e Merhy (2009) dizem que há uma lógica em que o processo saúde e doença é localizado no corpo de órgãos e que a clínica que se acopla na sua disfunção é a que permite ver nos sinais e sintomas o acesso aos quadros lesivos patológicos. A construção discursiva capaz de fazer um estudante de Medicina dizer que o objetivo do médico é *tratar* segue uma maneira hegemônica de compreender o processo saúde e doença e de fazer o cuidado em saúde. Ela é reforçada por reafirmação e intensa subjetivação nos vários grupos sociais e na formação de seus próprios "soldados": os novos profissionais de saúde. Segundo os autores, mesmo com essa conformação social do campo de práticas do cuidado em saúde, podem coexistir profissionais e acadêmicos que embasam sua clínica no corpo dos órgãos,

buscando lesões em tecidos, células ou até proteínas, e outros que atuam considerando que a doença é o modo de o doente adoecer e constitui uma das formas de expressão do viver: *dentro das mesmas bases fundantes pode-se ordenar modos profissionais distintos, maneiras de agir distintas, formas de tal maneira diferenciadas de compreender o mesmo campo, o do cuidado, que um aborda-o dentro de uma intencionalidade organicista e outro vitalista* (Merhy, 2007, p.3).

A sociedade transmite um “desejo coletivo” que dá ao médico reconhecimento social e financeiro e uma boa qualidade de vida. Tal tema foi recorrente na fala dos estudantes entrevistados, surgindo expressões como *status, status social e glamour*. O assunto apareceu em resposta a diversas perguntas, mas em boa parte como resposta à pergunta "como achas que as tuas expectativas em querer ser médico estão sendo trabalhadas ou modificadas ao longo do curso?". Nenhum estudante afirmou que tivesse o reconhecimento social como motivação para a escolha do curso, mas foi citado que esse aspecto passou a ser notado ao longo do curso. Algumas falas demonstram esse tipo de influência, que, por ora, vou chamar de "indireta".

Certamente, eu fui influenciado por aquele estigma que todas as pessoas têm antes de serem médicos, que médico é uma pessoa mais... na sociedade, tem um patamar mais alto. Também isso me influenciou, mas acho que, principalmente, pela admiração que eu tinha pelos médicos, que sempre, desde o início do ensino fundamental, eu já tinha (estudante E).

Na realidade, é uma ideia da minha família. A minha mãe, desde a minha infância, me estimulava – brincado de médico, vestir roupa branca. Fui assimilando essa ideia de ser médico e, depois, comparando com minhas aptidões e com o que eu gosto de fazer, digamos que consolidou essa ideia de ser médico (estudante A).

A *família* foi citada em todas as entrevistas, refletindo em escala reduzida o discurso vigente em toda a sociedade. Em nenhuma das conversas, a influência da família

pareceu tão decisiva e direcionada quanto no fragmento acima, do estudante A. Dos oito estudantes, seis citaram algum familiar médico, mas apenas três citaram que houve influência pela convivência com esse familiar. Ter familiares médicos é um assunto tão presente para os acadêmicos de Medicina, que aqueles estudantes entrevistados que não os têm, ou que os têm, mas não foram influenciados por eles, deixaram bem clara nas entrevistas essa negativa.

Na verdade, eu resolvi fazer [Medicina], eu tenho familiar que está na área, eu sempre gostei mais da área da saúde. Então, eu tinha ficado na dúvida entre fazer Fisioterapia e Medicina. Eu acompanhei o meu irmão, que é médico, gostei da rotina e resolvi fazer Medicina (estudante B).

Não teve ninguém [que servisse de modelo] na minha família... Eu até tenho um primo que é médico, mas com quem eu não tive contato (estudante H).

Recolhi dados que indicam um "imaginário coletivo" transmitido aos futuros acadêmicos de Medicina em diversos períodos da infância e adolescência. Informam o reconhecimento de que há vantagens no acesso ao trabalho e também na "*questão econômica, que paga bem*".

Algumas situações específicas, de acordo com experiências prévias de cada estudante, modificam esse conjunto de pré-concepções em relação ao *status* da categoria dos médicos. Uma das estudantes afirma que a visão que tinha da atuação médica só foi modificada por uma exposição profissional atípica para estudantes de Medicina, anterior ao seu ingresso no curso.

Aquelas ilusões quanto ao glamour da Medicina, eu já tinha perdido antes de entrar aqui, pelo fato de estar na área da enfermagem, de conviver com médicos, de ver qual era a realidade deles, de que não é só o consultório e o jaleco bem branquinho, sentado numa mesa bem bonita com uma

secretária lá na frente. [...] Então, esse glamour que tinha lá na adolescência já tinha vindo por terra antes de entrar na faculdade (estudante D).

Certos alunos, quando perguntados sobre motivos que os levaram a escolher o curso, citaram alguns que aparentemente os influenciaram, mas deixando claro que havia uma certeza sem uma explicação com correspondente consciência. O estudante F, ao longo de toda a sua entrevista, pontua vários desses fatores motivadores: foi influenciado pela relação que o médico tem com a sociedade e pelo apoio que ele dá para esta; pelo "*estigma na sociedade [de que o médico] tem um patamar mais alto*"; pela seriedade e firmeza marcantes de seu pediatra; pela "*carreira admirável*" que alguns familiares médicos tinham; por o médico ser um "*formador de opinião*" ao fazer as pessoas pensarem e ter um conhecimento que elas não tinham sobre determinada coisa; e pela "*admiração que tinha pela classe médica*". A incapacidade de explicar o porquê da escolha está em sua resposta e também na de outra estudante quando perguntada sobre o motivo de sua escolha.

[Estou] muito feliz, muito feliz. Eu acho que, durante toda a minha vida, o que eu quis era ser médico e, quando eu entro na faculdade, eu vejo que essa possibilidade é uma possibilidade mais real, não é, e isso me deixa muito feliz. Eu estou realizado aqui. Eu não me imagino tendo outra profissão. Eu não consigo me imaginar. É uma paixão mesmo a Medicina, e é isso que eu quero para a minha vida (estudante F).

Eu não sei te dizer bem quando foi que começou, mas eu sempre me lembro já – de perto dos dez anos – falar na Medicina. Não sei motivada em quê... Brincadeiras, também eu não me lembro muito de brincar de médico. Mas foi uma área que sempre me interessou muito (estudante D).

Tais motivações remetem-me a Foucault (1996) quando afirma temer entrar em uma ordem arriscada do discurso. Quando imaginei perguntar sobre as motivações dos

estudantes de Medicina, buscava encontrar motivações da ordem da alegria, do prazer, da afecção: encontro-as, mas não deixo de encontrar também que a escolha pela Medicina está envolvida com a busca de um saber reconhecido e, logo, do poder de dizer a verdade personificado na figura do médico. Foucault cita um suposto diálogo seu com as instituições: *tu não deves ter receio em começar; estamos aqui para te fazer ver que o discurso está na ordem das leis; que sempre vigiamos o seu aparecimento; que lhe concedemos um lugar, que o honra, mas que o desarma; e se ele tem algum poder, é de nós, e de nós apenas, que o recebe* (Foucault, 1996, p.1). Ao lado das motivações minhas e dos estudantes entrevistados em escolher a Medicina, há o desejo transmitido pela sociedade, que cria também o discurso de querer tornar-se um médico, e, se também há o desejo de querer um determinado poder, é das instituições e de seus discursos que advém.

Os alunos foram perguntados sobre características que percebiam em pessoas que consideraram exemplos de médico em suas histórias. *Paciente, caridoso, prestativo, disponível, "a maneira como trata o paciente e como conduz as coisas", "sensível com o paciente", percepção, caráter, respeito, "uma pessoa séria que trazia uma segurança", ético, conhecimento geral e cultura, responsabilidade, amor, respeito ao próximo, dedicação.* Se recorrermos ao imaginário buscando um profissional "integral", chegaremos a um que tem todas essas características citadas, e este certamente seria multiplicador de desejos, motivador de escolhas e capaz de mobilizar imaginários e afetos de futuros acadêmicos que estivessem em contato com ele. O que chama atenção é que, nesse período de escolhas, tornar-se um modelo de profissional a ser seguido tem menos a ver com competência técnica e mais com características pessoais (ainda que, de certa forma, o reconhecimento social de bom profissional também seja um motivador e esteja idealizado).

Um dos estudantes, ao ser perguntado sobre suas motivações, citou sua experiência pessoal de doente durante toda a infância e sua busca constante por tratamentos diversos.

Fascinava-me como podia tudo ser tão perfeito... Mais o

funcionamento mesmo do corpo humano, isso me interessava muito para eu me conhecer: conhecendo o funcionamento do corpo humano, eu ia me conhecer. [Quis fazer Medicina] no sentido de saúde mesmo, porque eu tinha asma, isso me preocupava, assim, quando eu era pequeno. Eu sempre ia ao médico, fiz tratamento homeopático, busquei vários tratamentos e não me curei. Realmente, não tem cura a asma. Foi por isso, assim, pela minha experiência (estudante F).

Ao contrário dos relatos de seus outros colegas, que citaram características positivas como motivadoras, a busca de cura para sua doença crônica (asma) exerce importante influência na escolha da Medicina por esse estudante. Ela envolve uma má imagem do profissional que lhe prescrevia um tratamento para a asma. Sua busca pelo conhecimento e pelo entendimento de sua doença da infância está também relacionada com uma resposta que não teve.

Eu lembro até hoje que eu não me senti bem... eu era muito pequeno, e o médico foi olhar no livro a medicação que teria que ser usada, e isso me passou uma insegurança muito grande. Passou que ele não sabia o que estava fazendo. Hoje eu vejo diferente, mas na época me passou isso (estudante F).

Dois estudantes comentaram sobre o corpo e sua relação com a Medicina. Ambos nos transmitem a ideia de um corpo por seus órgãos, capaz de ser dissecado, entendido e, a partir disso, transformado para um correto funcionamento e cura de doenças. Um deles foi o estudante F, nos relatos transcritos nos dois parágrafos acima. O outro foi o estudante G:

Basicamente, acho que foi isso. Através disso que eu fui construindo esse desejo de ser médico, de buscar a Medicina: os exemplos que eu tive na vida e a vontade pelo conhecimento, por entender o funcionamento do corpo. Tudo isso, eu acho uma coisa muito bonita. [...] Pelo que eu tive agora, neste

semestre, que também é muito pouco o que eu tive até agora, a gente vê qual é a perfeição do funcionamento, entendes? Porque tem tudo para dar errado. Se falta um detalhezinho, já não funciona como deve funcionar. Então, a gente vê a perfeição disso, a gente vê como é bonito esse funcionamento, tudo funcionando em sintonia, em harmonia (estudante G).

Algumas outras vivências individuais foram relatadas pelos acadêmicos, merecendo atenção pelo peso que tiveram como motivadores para quem as experimentou. A estudante H lembra suas vivências na infância e adolescência, ressaltando o que cita como qualidades aprendidas com sua família ou durante sua formação religiosa:

Eu pensei, assim [para a minha escolha]: pelo amor que me foi passado pela minha família, por estar dentro da Igreja, o respeito, a vontade de ajudar. Tudo isso, você aprende em casa, e a Igreja me ajudou. Essa vontade de querer ajudar, servir ao próximo, de ser dedicado (estudante H).

Outra estudante comenta sua experiência com os serviços de saúde por sua família, usuária do SUS. Faz a observação de que essa experiência teve grande repercussão na sua forma de hoje acolher os usuários que atende em seus estágios em atenção primária. Aqui, a crítica a uma forma de atuar diante de uma população mais carente é feita por uma estudante que acompanha os bastidores de atendimentos feitos por outros estudantes. Não é mais uma crítica minha ou de outro pesquisador que tem esse dado obtido de forma indireta, com todos os possíveis vieses pela rara disponibilidade de algum entrevistado assumir tal comportamento diante de uma pesquisa com caráter científico. Conforme esperado, não houve tal relato nos outros estudantes entrevistados.

Eu vejo, comparando com outros colegas, que a gente teve a vivência em um posto de saúde. E muitas vezes eles deixam a desejar no atendimento para pessoas mais carentes. E eu vejo que, por eu ter tido essa vivência, de às vezes não ser bem

atendida, de precisar e não ter à disposição, independentemente da pessoa, se ela tem condições ou não, ela está ali e ela precisa do atendimento. [...] Então, acho que isso faz diferença (estudante C).

Diante de tais motivações citadas, fica claro que aquilo que está em disputa são os devires de cada estudante, uma potência a ser explorada nos cenários de formação, da cultura e das redes sociais, e, por isso, há também uma disputa pelo domínio dos imaginários (campo de promessas e possibilidades).

A disputa por hegemonizar o desejo pela via do ensino em saúde, no caso do Brasil, é traduzida por meio de diferentes concepções político-educacionais de acolher os jovens acadêmicos e apresentá-los aos mundos do conhecimento e do trabalho, o que, na prática das formas de ensinar dentro das instituições médicas, compõe o que Grossemann e Stoll (2008, p. 305) atribuíram ao *currículo oculto: normas e valores efetivamente transmitidos pelas escolas, presentes em todos os momentos de aprendizagem, mas não de forma explícita*.

Desde a adoção das recomendações do Relatório Flexner, na década de 1940, originário dos estudos em Educação realizados entre os anos 1910 e 1920 por Abraham Flexner, nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar o ensino médico, tendo como produto diversos informes sobre os péssimos resultados na qualidade do ensino oferecido, adotamos no ocidente suas recomendações conclusivas. Tais recomendações tornaram-se o padrão para a educação médica, um ensino constituído por uma orientação científica, de fundamentação biológica; sua direcionalidade incluía a orientação pela especialização e pela pesquisa experimental, onde a ausência de doença (seu tratamento ou sua prevenção) aparecia como marcador de saúde. Pedagogicamente, essa educação se traduziu em uma prática de ensino que toma o acúmulo de informações como sinônimo de construção do conhecimento, divide o currículo em uma colcha de retalhos formada pela fragmentação entre as disciplinas, campos de estágios e práticas supervisionadas, cuja trama é limitada e frágil, tendo uma concepção de corpo destituído de alma e desarticulado de outros corpos, uma

visão mecanicista do corpo humano e uma prática corporativa autorregulada (Carvalho e Ceccim, 2007). Segundo Grossemann e Patrício (2004), essa forma de ensino médico acaba por limitar a expressão dos desejos pessoais do profissional, trazendo, inclusive, reflexões sobre ideais e imaginários na escolha da profissão.

O fato de não ser dada a devida importância às necessidades do ser humano nas relações com os usuários durante os atendimentos, focando-se apenas o que é determinado pelos protocolos, e também o fato de não se trabalhar de forma significativa as tecnologias do relacionamento necessárias nos momentos de encontro acabam por trazer a mesma sensação para o cuidado consigo próprio. Dessa forma, há uma necessidade de o futuro profissional médico suprimir sua subjetividade, em especial seus sentimentos sobre como a experiência de *tornar-se médico* vem se desenvolvendo, já que esta acaba sendo parte importante dos seus modos de andar a vida. Os profissionais médicos acreditam no atendimento individual, acreditam no trabalho individual e constroem perspectivas individualizantes do processo saúde-doença e no processo de trabalho.

A forma como são tratados os imaginários iniciais dentro dessa educação *científica* se traduz em relações hierárquicas de poder, uma vez que a ênfase é na necessidade de acumular conteúdos técnicos para tornar-se mais qualificado e de, assim, o estudante ascender pouco a pouco no direito de participar de atividades de *maior complexidade e responsabilidade* (Feuerwerker, 2004, p. 18-19). O foco em alcançar esses objetivos e, conseqüentemente, a busca de reconhecimento acabam deixando em segundo plano o imaginário do cuidar/escutar/acompanhar, antes construído e, em algum momento, desejado pelos estudantes. O estímulo é dado no intuito de adquirir informações, tanto pelos modelos curriculares – organizados de tal forma que a estrutura seja replicadora do ideal científico, segmentado e hierarquizado – quanto pelos modelos docentes, que acabam focando sua atuação no conteúdo transmitido de forma hierárquica, pois ocupam um lugar de maior poder, atendendo apenas a necessidades fisiopatológicas, e não às necessidades em saúde de indivíduos e populações. Feuerwerker (2004) também critica a relação entre competência profissional e conhecimento profissional, dizendo que, com a evolução tecnocientífica na área da

saúde, o conhecimento sistemático e científico está substituindo o talento artístico e, no nosso caso, substituindo o ensino de formas de promover o cuidado em práticas educadoras por práticas de assistência.

Dartora dos Santos (2009), ao comentar uma situação de dificuldade pessoal como acadêmica de Medicina e a falta de adequado acolhimento por parte dos professores, mostra uma forma de agir que exige o desenvolvimento técnico e desconsidera as necessidades envolvidas em cada situação de ensino, bem como a desqualificação do indivíduo e a composição de uma prática de subjetivação dos estudantes. A autora considera que o mais importante como modelo para sua educação como médica teria sido *fazê-la sentir-se cuidada pelas pessoas que estavam contribuindo com a sua formação, porque essas oferecem parâmetros e estão definindo um fazer profissional, um estilo de pensar e agir*, uma vez que a atuação do profissional médico deveria ser a de *embasar seu fazer em atos de cuidado* (Dartora dos Santos, 2009, p. 21). A autora também ressalta que os modelos de ensino geralmente não preveem exemplos de como acolher. No fato que a autora exemplifica, destaca: *me faz pensar e me ajuda a lembrar que cada estudante tem uma história, tem inscrições, situações ou acontecimentos de vida que ocorrem durante a sua formação* (Ibid., p. 21). Grossemann e Patrício (2004, p. 103) afirmam que, assim como os pacientes necessitam ser cuidados pelo seu médico para um projeto terapêutico singular, *o aluno também deseja e tem o direito de ser cuidado no processo de ensinar-aprender Medicina*.

Com relação à forma de cuidado com os alunos, foi perguntado para a estudante H como é trabalhado o histórico de cada aluno (o que ela chamou de "a criação" de cada um), no sentido de valores transmitidos pela família e suas experiências anteriores ao curso.

Eu acho que não é abordado isso. Eu vejo que são poucas pessoas, poucos professores que se preocupam com o bem-estar, com a vida do acadêmico, porque o que eu vejo é que tem bastante assim: “aqui você é aluno, a tua vida lá fora, eu não tenho nada a ver com isso”. Então, assim, lá fora, se está usando

drogas, se está roubando, está matando, o problema é teu. “Eu sou médico e eu estou aqui só para te ensinar a teoria”. E outros não, outros se preocupam com a tua vida lá fora, o que eu acho que acaba refletindo na tua vida profissional. Então, eu acho que tem os dois lados. E não é trabalhado, assim, tipo “vamos trabalhar em conjunto para a formação do médico, vamos seguir esse modelo”, porque nem todos os médicos agem da mesma maneira. Eles não tentam trabalhar de uma maneira só, um jeito de formar o médico, não é? Ensinam a parte teórica e prática e deu (estudante H).

Por um momento, considero interessante pensar sobre os conceitos envolvidos nestas diferentes propostas de ensino: *informação* e *conhecimento*. Carvalho e Ceccim (2007, p. 142) falam-nos sobre o conhecimento: *diz respeito ao conjunto de saberes e práticas, à construção da experiência cognitiva e afetiva diante dos objetos de conhecimento, que permanece ao longo do tempo como apropriação singular*. Já a informação *se compõe por dados, acumulações, erudição por conteúdos e não reinventa as realidades, as absorve como dadas*. No caso da forma tradicional de ensinar Medicina, ocorre uma gestão da informação, com muita replicação e memorização, mas não a produção de saberes embasados na experimentação, na significação dos objetos do conhecimento. Tal ideia é apoiada por Feuerwerker (2006), que faz uma comparação análoga entre *conhecer na ação* (informação) e *reflexão na ação* (problematizar a informação). Na ação, o conhecimento seria um movimento automático, vinculado a uma forma normativa de formação profissional, enquanto que, com a reflexão na ação, adviria a crítica ao conhecimento e aos resultados produzidos pelas ações efetuadas durante as atividades de ensino-serviço. Isso que dizer que não bastam novos ou múltiplos cenários de práticas – é necessário o exercício desafiador do pensamento.

Uma *disputa de imaginários* inicia principalmente com o Movimento Preventivista nos anos 1950 e 1960, que apontou a formação dos profissionais de saúde como uma estratégia importante para a transformação das práticas de saúde, provocando um repensar dos objetivos finais de um curso de graduação na saúde. As necessidades de

saúde da população e o reconhecimento da necessidade de aumentar a visibilidade sobre esses problemas deveriam tornar-se as linhas-mestras que norteariam a mudança proposta para os processos formativos (Ceccim e Carvalho, 2006).

Tal movimento ganhou maturidade no Brasil a partir da década de 1990, com uma marcada necessidade de mudança curricular no ensino médico que revertesse as recomendações do já citado Relatório Flexner. A partir da criação, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), ocorreram relevantes debates e o direcionamento para a aprovação, em 2004, das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação médica. Em ressonância com estas, ainda em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou como estratégia do Sistema Único de Saúde, para a formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, entendida como uma estreita integração ensino-serviço-gestão-cidadania.

A Cinaem foi coordenada pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e teve participação de entidades médicas, universidades e gestores do sistema de saúde e o protagonismo dos estudantes de Medicina. Desenvolveu seu trabalho em três fases: na primeira, utilizou com adaptações um Protocolo de Avaliação das Escolas Médicas, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), buscando uma aproximação do perfil das escolas médicas brasileiras. Na segunda fase, foram realizadas oficinas (pesquisa-ação) com os segmentos sinalizados na fase anterior – o médico formado e o corpo docente –, além do estudo dos modelos pedagógicos das escolas médicas. Os resultados obtidos foram entregues em 1997, como um relatório de trabalho, aos ministros da Educação e da Saúde, constituindo um marco da proposta de mudança curricular junto às corporações médica e de ensino superior. O relatório continha propostas de transformação nas escolas em cinco áreas: a gestão do ensino, a docência médica profissionalizada, o processo de formação, a avaliação discente e a avaliação do processo de formação propriamente dito. Em 1998, iniciou-se a terceira fase da Cinaem, denominada Transformação do Ensino Médico no Brasil, que, mesmo não tendo uma produção avaliativa publicada como resultado de seus estudos, gerou um conjunto de conhecimentos que influenciaram o ensino médico

brasileiro, com numerosas informações sobre a realidade dos cursos de graduação e o acúmulo de um referencial teórico para a educação dos profissionais de saúde centrada nas necessidades de saúde da população, propondo a ruptura com o modelo de ensino médico hegemônico (Dartora dos Santos, 2009). A Cinaem dissolveu-se em 2000, deixando um relatório que não teve estratégia formal de implantação, também porque se deparou com uma contrariedade das entidades médicas às políticas que alinhavam a formação profissional com as políticas públicas de saúde.

Na mesma década, um movimento social que se organizou para trazer mudanças também para a formação médica no Brasil foi o da Rede Unida, uma reunião dos projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (rede de projetos UNI – Uma Nova Iniciativa para a Educação de Profissionais de Saúde: a união com a comunidade) e dos projetos de integração formação-assistência (rede de projetos IDA – Integração Docente-Assistencial). Essa iniciativa reuniu instituições, projetos e pessoas comprometidos com as mudanças na formação dos profissionais em saúde, mas também com a Educação Permanente dos profissionais de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde, com participação social. Por meio de estudos, experiências, conceitualizações e formulações, contando com a estratégia de comunicação em rede e congressos bienais, com a participação de diferentes atores envolvidos nos processos formativos, a Rede Unida trabalhou o ensino médico com algumas premissas básicas: a necessidade de extrapolar a mudança curricular no ensino médico para as outras profissões da saúde; o indicativo de que as medidas dentro de cada escola não fossem restritas a determinados departamentos das escolas, pois a mudança não se trataria apenas de conteúdos, e sim de projetos de formação; e a necessidade da instituição da multiprofissionalidade e da integração da participação social nos cenários de ensino, buscando formas de ensinar práticas mais próximas das realidades locais e da integralidade. Foi oportuna a participação da Rede Unida nas Diretrizes Curriculares Nacionais, pois, além de estimular em abrangência nacional as discussões das mudanças da formação dentro das instituições de ensino, conseguiu promover a mobilização dos setores da educação e da saúde de forma que pudessem repensar e reorientar a formação dos futuros profissionais (Ceccim e Carvalho, 2006;

Ceccim, 2008; Gonzalez e Almeida, 2010).

A necessidade de reformular o perfil do profissional egresso dos bancos escolares médicos, com o apoio considerável do Ministério da Educação e, principalmente, do Ministério da Saúde, estaria levando mudanças ao ensino médico. Em geral, anuncia-se que mudanças no currículo médico estão sendo feitas, mas Feuerwerker (2004) pergunta-nos: “de que mudanças falamos?”. Está sendo discutido o papel da escola médica e o perfil do médico egresso? Debates sobre a distribuição da carga horária entre o ciclo básico e os internatos, bem como sobre a atuação do aluno em cenários da atenção primária, em lugar de atividades exclusivamente teóricas ou relativas à rotina hospitalar, passaram a ocorrer, mas o mais complexo, segundo a autora, não foi abordado de forma suficiente para ser desconstruído: o *projeto pedagógico* da escola. Qual a posição do ator educacional nas realidades locais? Qual a inserção da Educação nas práticas de assistência e de gestão locais? Que relações a Educação estabelece com os outros atores considerados importantes que participam do “quadrilátero da formação” (Ceccim e Feuerwerker, 2004): instituições de ensino, instituições de assistência, gestão do sistema de saúde e instâncias do controle social em saúde? Qual a concepção sobre conhecimento (ou informação) e para que serve? Como se dão e como são produzidas as relações de poder no campo da saúde? Qual a concepção de saúde? E, afinal, qual o papel do médico contemporâneo na sociedade em que vivemos? Feuerwerker (2004) expõe sua preocupação com mudanças parciais e modelos híbridos de mudança curricular: estruturas organizadas de forma a propiciar uma concepção de saúde embasada no reconhecimento do *outro* como sujeito, nas tecnologias do relacionamento e da troca de saberes, mas operadas por docentes, discursos e posicionamentos contrários à abordagem interdisciplinar para atender à integralidade das necessidades em saúde. A autora afirma que essa condição pode levar à desfiguração de uma boa proposta inicial, a ponto de criar situações e orientações contraditórias: *pode-se adaptar uma proposta a tal ponto que ela se desconfigura, perde completamente a potência e se desmoraliza* (Feuerwerker, 2004, p. 19).

Buscando reflexões dos alunos sobre essa disputa, pensei em perguntas que de forma

indireta me dessem acesso aos diferentes "currículos ocultos": se percebiam formas diferentes de ensinar a ser médico e de fazer a educação em saúde dos usuários. Inicialmente, as perguntas foram pensadas para serem realizadas em tempos diferentes. A maioria dos estudantes considerou que a forma de fazer a educação em saúde durante o momento de encontro com o usuário é o que mais explicita formas diferentes de ser médico. Para representar tais associações, foram relatadas diversas peculiaridades dos professores na forma de atuar ou de portar-se como médico.

O que me chama mais atenção [é que] a técnica acaba sendo muito igual para todos, mas é a postura do cirurgião. A maneira frente ao paciente, ao explicar, levar o paciente seguro para a cirurgia, ciente do que vai acontecer, por que vai acontecer, quais são os riscos. Alguns perdem mais tempo explicando e tranquilizando o paciente ou advertindo que aquilo não é uma cura, que é uma tentativa, que pode ser que traga muito mais qualidade de vida do que cura em relação à tua doença. Então, isso é o que diferencia um cirurgião do outro. *Paciência* é a palavra (estudante D).

Isso [diferentes formas de ensinar a ser médico], eu vejo bastante diferença nos eletivos que eu fiz, nos médicos que não tinham vínculo com a faculdade e os que tinham, ao explicar para o paciente o que ele tem. Eu vejo que muitos médicos, às vezes, não explicam para o paciente o que ele tem, e o paciente simplesmente sai com uma receita. Eu acho que tem que ser explicado, faz parte do tratamento o paciente conhecer a doença dele e conhecer a saúde dele (estudante F).

Foi citado que um dos fatores que também influenciam a forma como é feita a escuta é a especialidade do médico. As especialidades cujas terapêuticas são embasadas em procedimentos disponibilizariam menos tempo para a conversa com o usuário, principalmente para verificar como ele está efetivamente entendendo o seu estar

doente e como realizar o tratamento. Outras especialidades, especialmente aquelas cujos instrumentos terapêuticos são embasados no encontro e nas tecnologias leves e leve-duras, preocupam-se com os resultados da educação em saúde:

Uma professora fez a residência de Medicina de Família. Ela tinha outra visão do paciente. Outra visão do que era ser médico, outra visão das coisas, que o teu saber, que tu saberes muito não vai te ajudar em nada se tu não conseguires passar o teu conhecimento para o paciente (estudante D).

A mesma estudante, ao ser perguntada sobre o que diferencia então um profissional de outro com a mesma especialidade, comenta os modos diferentes ensinados sobre ser médico, em acordo com o que pensa o estudante G.

Aí, eu já acho que vai muito, não da formação, mas do caráter da pessoa. Isso que modifica os cirurgiões. Respeitar a equipe, maneira de saber se colocar, de mostrar seu ponto de vista, de fazer alguma reclamação, se faz aos gritos ou pede (estudante D).

Eu acho que [vejo o diferente no ensinar a ser médico] principalmente no que a pessoa vê como objetivo. Por exemplo, uns querem por dinheiro, uns querem por status, outros querem pelos dois, outros querem porque, como eu falei, eu acho que é uma profissão bonita. Então, eu acho que é interessante buscar esse conhecimento, ajudar pessoas (estudante G).

Como pressuposto da pesquisa, imaginava que aquilo que o estudante carrega em si até o momento da entrada no curso era modificado por tensões que disputam a hegemonia de seus imaginários, invariavelmente capturados por modelos de Medicina centrados nas tecnologias duras ou leve-duras, em procedimento, no saber médico, em detrimento da busca e do conhecimento sobre os itinerários terapêuticos e o adoecimento de cada indivíduo. As características e formas de pensar dos estudantes

antes da entrada no curso são muito mais potentes do que eu pensava. As marcas traçadas no corpo (não "dos órgãos") do estudante antes de entrar no curso são postas em movimento quando há uma nova desestabilização ocorrendo, uma nova realidade sendo experimentada e um novo corpo se engendrando a partir de suas marcas e devires. Seus modos de deixar-se ensinar a ser médico são afetados pelas suas marcas, que, conforme diz Rolnik (Rolnik, 1993), são como uma espécie de ovo, eclodindo e engendrando novos devires e possibilidades de aprendizagem: ressignificações traduzidas em um novo corpo de diferenças ou desassossegos de outrora.

Tem alguns médicos que são mais humanistas. Eles querem que você veja não só a parte biológica, mas a parte psicossocial. Tem alguns médicos que dão mais valor, querem que tu saibas mais o biológico, desprezam teoricamente o psicossocial. Eu acho que vai mais da particularidade de cada profissional (estudante A).

Tem médicos que não se envolvem com os pacientes. Simplesmente acham uma doença e dão uma medicação para a doença. Não se envolvem no sentido de ver quais os problemas que ele vai ter, por exemplo, para comprar o remédio; em casa, simplesmente dá uma orientação alimentar, mas não sabem que tem um grupo familiar, o que é fazer uma alimentação para um e diferente para todo mundo, todo mundo comendo uma coisa diferente... É se envolver realmente com o problema e montar uma estratégia para resolver isso (estudante F).

Sobre as marcas, Rolnik (1993) diz que sua importância é que elas instauram *uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir* (Rolnik, 1993, p. 242). Tão importante quanto aquilo que se encontra no visível, há um plano menos óbvio, mas igualmente real, que é o invisível, e nele o que há é *uma textura (ontológica) que vai se fazendo dos fluxos que constituem nossa composição atual, conectando-se com outros fluxos, somando-se e esboçando*

*outras composições. Tais composições, a partir de um certo limiar, geram em nós estados inéditos, e esses estados inéditos são as marcas.*

A estudante D percebe que há modos diferentes de aprender a fazer a educação em saúde durante a sua prática, de acordo com a especialidade do professor que está demonstrando isso na prática. Assim como ela diz que há uma forte relação do ensinar com o caráter da pessoa que ensina, também o aprender, por parte do aluno, tem ligação com o seu caráter, com suas experiências, as suas marcas. A aprendizagem oferece marcas, sejam aquelas provenientes dos docentes, sejam aquelas provenientes dos pacientes ou, ainda, das redes proporcionadas pelo movimento estudantil. Os modos de ser médico podem ser postos em ativação até mesmo por uma sessão de cine-debate; a questão está em memórias que trazemos (como cicatrizes ou como marcas) e em memória que vamos adquirindo (também essas como cicatrizes ou como marcas). Se "marcas" são como ovos que podem germinar, as "cicatrizes" são como travas que repõem sempre a mesma identidade.

Há uma evidente dicotomia percebida pelos estudantes em relação ao perfil de atuação dos professores. Um dos polos dessa dicotomia é o dos profissionais que têm grande capacidade ou reconhecimento no trabalho com diagnósticos ou procedimentos, passando a impressão ao estudante de que há uma Medicina mais moderna, com um *status* tecnológico (tecnologias duras) reforçado pela mídia e pela indústria farmacêutica. Já o polo oposto seria o dos profissionais que utilizam como ferramenta uma abordagem centrada em relações, em tecnologias leves, na conversação ou no encontro.

Sobre essas formas diferentes de atuação, houve poucas frases demonstrando um julgamento entre certo e errado. Como o objetivo da pergunta realizada era saber as formas de ensinar a ser médico, as respostas apontaram que as diferentes formas eram disponibilizadas ao aluno e que cabia a ele escolher a mais correta, segundo sua interpretação.

Cada médico veio de uma faculdade diferente, ele tem uma educação diferente, ele tem um jeito diferente de pensar como

ser médico. Então, cada um passa a vivência dele e o que ele acha ser médico, o que ele acha que você deveria fazer; e aí acho que nos cabe selecionar o que a gente acha bom para nós e seguir (estudante H).

As divergências entre as formas de ensinar o aluno tiveram grande influência do período do curso em que o aluno se encontrava. Alunos das séries iniciais (primeiro e segundo anos) indicaram imaginar a existência de uma disputa, mas não tinham oportunidade de constatá-la. O estudante G respondeu por que imaginava existir essa disputa: por uma vivência familiar sua de contato com meios acadêmicos.

Talvez por eu estar muito no início e ter contato com poucos profissionais, talvez isso amplie mais daqui para frente, mas, por enquanto, eu não notei isso ainda. Mas eu sei que existe, porque fora daqui eu já vi acontecer, em outras profissões, em outros cursos, esse tipo de disputa. Só que ainda não percebi isso aqui. Eu tenho contato com bastante gente da Odontologia, principalmente por causa do meu pai, então, isso eu enxergo lá. Tanto com aluno, como com professor, como com professor com aluno, essas formas de um disputando com o outro, tentando botar a sua verdade. Isso a gente sabe que tem em qualquer lugar, não adianta. Sempre vai ter divergências de pensamento, e é difícil alguém ceder. Então, sempre vai ter essa disputa assim (estudante G).

As alunas das séries finais (quinto ano) têm vivências bastante heterogêneas. Ambas reconheceram haver essa divergência, mas disseram que ela ocorre por motivos diferentes. A estudante H diz que a divergência tem origem nas motivações que seus professores tiveram quando da escolha de suas profissões. Ela usa como referência uma maioria de professores que, motivados por um ideal financeiro, orientam quanto à necessidade de um abandono das sensações no momento do encontro por parte do profissional.

O que a maioria ensina? Eu vejo bastante a parte financeira sempre sobressaindo. A única recompensa que o paciente deixa para ti é o dinheiro, porque tu sabes que ele fala mal de ti. É triste, mas é o que mais a gente ouve falar, mais a questão financeira. Você não tem que se preocupar tanto com o paciente, tem que fazer tudo certinho, mas, assim, não colocar o teu emocional, a tua vida com o paciente, saber separar bem. É só o teu profissional, não se envolver muito (estudante H).

Tem professores maravilhosos, que incentivam a boa ação, a caridade, o amor, o respeito. Acabei de sair de um cenário que foi o que mais me impressionou, que foi o de Pediatria. Nossa! Os professores ali são verdadeiros pais para os pacientes, para as mães, para os filhos. É bem diferente (estudante H).

Da mesma forma que esses professores tentam transmitir essas sensações aos alunos, o que os fez diferentes foram suas experiências pessoais. Conforme já foi dito antes, além de elas modificarem os motivos que levam o estudante a fazer Medicina, também acabam modificando a forma de ensinar dos professores.

Eu acho que o que faz eles serem diferentes é a criação, a educação, o que eles conseguiram selecionar de tudo que eles aprenderam para a vida deles (estudante H).

A outra aluna das séries finais do curso faz uma comparação entre os professores que efetivamente trabalham como professores de futuros médicos e aqueles que apenas atuam como médicos na presença dos alunos, utilizando metodologias pouco participativas, o que chamou de "*se pegou, pegou; não pegou, azar o teu*". Mesmo fazendo essa comparação importante entre os grupos de professores, diz não haver disputa porque os mesmos professores que não se preocupam com a aprendizagem do aluno também não fazem a leitura de que há uma forma de atuar como médico sendo disputada, provavelmente por desconsiderar o ensino na sua atuação, mesmo que esta seja como professor em um curso superior.

Acho que não [há disputa], porque alguns nem se dão conta. Nem se dão conta de que tem alguns que ensinam melhor que ele; de que tem alguns que têm mais facilidade; de que tem alguns que deixam marcas mais profundas nos alunos. Então, não tem essa concorrência de "eu vou mostrar o meu melhor para ele porque um dia pode vir a ter um retorno ou seguir a minha maneira de fazer". Competição entre eles, não tem. Existem aqueles que são mais dedicados, que querem te fazer aprender, que se preocupam se tu estás aprendendo, se preocupam se tu aprendeste mesmo e não só falam "se pegou, pegou; não pegou, azar o teu" (estudante D).

Dentro do ciclo teórico da escola médica, há cada vez mais, no Brasil, a inserção de espaços de prática assistencial sob orientação de Médicos de Família e Comunidade fazendo com que os cenários da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde também sirvam como mobilizadores de imaginários para os estudantes de Medicina. Os princípios da Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002; Brasil, 2006) ou do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990) são muito influentes na prática do Médico de Família e Comunidade: defende-se a longitudinalidade do cuidado e a centralidade do encontro com os usuários inscritos em relações sociais para a elaboração de projetos terapêuticos. A prática profissional em Saúde da Família ocorre, de preferência, dentro do *território* onde cada pessoa vive e engendra seus laços de afeto, melhor ainda se puder contemplar os territórios onde os modos de levar a vida são tecidos: as redes de subjetivação.

Hoje, fazendo esta escrita, mas pensando na minha experiência de aluno, lembro-me de modelos docentes que conseguiram ressignificar os princípios da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde como de importância aos momentos do encontro e para a definição da prática médica. Fico pensando na necessidade que eu tinha de ser "tocado", de sofrer a afecção que Deleuze (2002) cita ao trabalhar sobre Spinoza. A vontade de deixar-me *contaminar* com diferentes subjetividades, individuais ou coletivas, de pessoas em suas ruas ou suas casas, com a natureza de seus sentidos

ou suas doenças singulares – deixar-me afetar como médico, como amigo, como aprendiz.

Minha escolha de ser Médico de Família e Comunidade teve bastante relação com a vontade de ser educador, o educador que convoca aprendizagens, como nas convocações que aconteceram comigo – uma educação de práticas em saúde, de práticas médicas, mas principalmente uma educação de desejos. Assim como acredito na prática clínica longitudinal, acredito na longitudinalidade que existe entre professores e seus alunos. A Medicina de Família e Comunidade, na maioria dos currículos médicos, põe em contato professores, alunos e “territórios de vida”. Nessa especialidade, a clínica impõe-se nos lugares de viver, não na segregação do consultório ou da internação. Em pelo menos dois momentos distintos, os alunos são expostos a essa aprendizagem: o primeiro, usualmente, é nos primeiros semestres, quando há inserção dos alunos nos cenários de prática da Atenção Primária à Saúde; o outro é próximo ao período dos internatos, quando o acadêmico passa pelas diferentes clínicas, exercendo a prática médica em um contexto de maior autonomia, embora sob supervisão. A ideia do internato é para o domínio da prática profissional. O primeiro contato pode ser ou não sedutor. O segundo contato pode ser ou não confirmador de um perfil. O “miolo” pode ser ou não confirmador de um perfil. Início, meio e fim não precisam ser tempos cronológicos, podem ser “convocações”. Insisto no tema da educação. Primeiro, pela possibilidade de ter contato com aquele jovem que ainda tem suas vontades cruas, que ainda tem uma "máquina de guerra" trabalhando em suas entranhas, trazendo contrariedade ao que é modelo único de ser “médico bem-sucedido”; segundo, por aquilo que sua máquina desejante almeja: é o que chamei antes, neste texto, de momento pluripotente, adaptando o termo largamente utilizado na Biologia para referir-nos ao estágio em que as células, em determinadas situações, são apenas *devir biológico*.

Deleuze e Guattari (1996, p. 10-11) dizem que *é preciso chegar a pensar a máquina de guerra como sendo ela mesma uma pura forma de exterioridade*, indo contra o hegemônico que chamam de *aparelho de Estado*, pois este constitui a *forma de interioridade que tomamos habitualmente por modelo*, ou segundo a qual temos o

*hábito de pensar*. Acompanhar por longos blocos de tempo o trabalho médico dentro da instituição de saúde também é uma possibilidade de ensino inigualável. Para uns, pode ser a construção das habilidades específicas do diagnóstico, das prescrições e da realização de procedimentos médico-assistenciais; para outros, pode ser a observação de como ocorrem os processos de aprisionamento dentro da normatividade do modelo biomédico.

A presença dos estudantes de Medicina, em geral, nos serviços de saúde tem sido, entretanto, importante referencial do contato com a perspectiva pluripotente do médico na assistência individual. É real a expectativa de que um estudante de Medicina seja portador de saberes superiores e atualizados em fisiologia e patologia pelo simples fato de estar em estágio. Muito mais do que uma relação aluno-professor, o modelo de acompanhamento docente-assistencial é o que antigamente serviu ao conceito de *mestre-escola*, no sentido de estar diante de alguém com um referencial para a carreira acadêmica, para o perfil de exercício da profissão, para a compreensão de como se vive a vida dentro e fora dos serviços de saúde e para saber como conseguir estudar o suficiente para alcançar um bom desenvolvimento profissional.

Kastrup (2002, p. 220), trabalhando sobre a aprendizagem inventiva, fala que o *plano de sintonia mestre-aprendiz é um campo de criação, uma zona de vizinhança, um espaço híbrido*. Para a autora, não há transmissão da informação, nem interação professor-aluno, mas habitação compartilhada de uma zona de neblina, a zona molecular. A professora refere-se a um *devir-mestre*, não ao *mestre-escola*. Com isso, ela não se refere à transmissão de um ofício e de uma identidade, mas à ativação de aprendizagens; aprendizagens não para resolver problemas organizados didaticamente, mas para exposição aberta o suficiente aos entornos para que eles se tornem questões-problema singulares, perguntas que emergem dos encontros, *invenção de problemas*. Kastrup também diz que, *além de um emissor de signos, o professor é um atrator de afetos* (Ibid., p. 220). O aluno de Medicina, nesse caso, não teria um modelo a replicar, teria um mundo a criar; seu modelo seria local, seu contato com o trabalho seria encontro.

As formas de ensino representadas nas falas dos estudantes demonstram formas diferentes de pensar a educação médica. Há citações que nos trazem a certeza de que, em algumas situações, a *aprendizagem inventiva* está sendo posta em prática, uma vez que trazem a sensação de que o aprendizado não está sendo sobre o *que* fazer, mas sim *como* fazer e *como* deixar-se afetar pelo encontro com os usuários e com o exercício de um ofício. Outras citações demonstram que, mesmo de forma não intencional, com bastante frequência, os professores fazem uso do papel do *mestre-escola*, orientando em um plano visível o tipo de postura que os alunos devem seguir ou, em um plano invisível, não demonstrando nenhuma forma de acolhimento aos alunos e com o tipo de sensação que está sendo reproduzida nesse *não-cuidado*.

Em relação às disputas pela forma de ensino da educação em saúde, o estudante A aponta-nos uma situação não reproduzida por seus colegas, que é a percepção dos usuários sobre essa disputa.

A gente percebe [a disputa] quando você conversa com o paciente. Às vezes, aquele médico lá sabe tanto quanto o outro, só que ele te tratou de melhor forma. Digamos que a população em si que tem o contato com esses médicos é que compara isso e diz que quem tratou melhor é melhor. Realmente, é bem forte isso. Às vezes, até tem menos conhecimento que aquele que, digamos, não é um médico humanista, mas ele tratou melhor (estudante A).

A percepção do usuário, segundo o estudante A, é semelhante à dos alunos do primeiro ano e baseia-se também naquilo que é visível nas consultas que realiza. Em uma primeira percepção, o que é notado pelos usuários é a disponibilidade e atenção dispensada pelo profissional a ele, sem muita observação de conhecimentos técnicos, ao contrário dos alunos que têm um grande referencial teórico como subsídio de comparação para as condutas do médico em observação. Faço a ressalva de que, em um primeiro momento, o saber especializado da Medicina não é percebido pelos usuários, mas, na prática, o que se nota é que, com a vinculação do usuário com

médicos generalistas e especialistas, isso acaba sendo percebido e também escalonado. Conforme disse o estudante, mesmo com a percepção de que há um profissional que tem mais conhecimento teórico, a capacidade de conseguir criar um bom vínculo e passar essa segurança para a pessoa pode superar um prejuízo em conhecimentos pontuais.

As perguntas que fiz aos estudantes buscando suas representações sobre o papel do médico envolviam questões mais abrangentes, buscando, entre outros, o posicionamento de cada um diante de questões que colocam o médico em uma relação com a sociedade e as formas como são construídos sujeitos políticos dentro do curso de Medicina.

Pensar o papel do médico na sociedade relaciona-se com o projeto pedagógico dos cursos, e o que observamos é uma não-consideração das relações hierárquicas e rituais de poder presentes no ensino médico. Diversas formas de exploração temática seriam passíveis de ser realizadas, abordando-se diferentes aspectos que participam da construção do projeto pedagógico. Eu poderia comentar, por exemplo, sobre essas relações dentro da escola, em que os departamentos brigam por espaço e *status*, quando deveriam dispor-se a fazer parte de um jogo em que o papel de cada um está vinculado a um plano mais geral de formação, apontando como objetivo final uma verdadeira mudança nas concepções de saúde e educação, utilizando como ferramenta de construção a gestão coletiva dessa formação.

A *instituição* escola médica usa, como regra, relações hierárquicas bastante definidas: o professor e o aluno, o residente e o interno, o interno e o aluno da semiologia, o aluno do ciclo básico e os “calouros”. Dessa forma, os rituais de poder e a necessidade de reprodução dessas relações hierárquicas são reforçados, dando a ideia de que, em qualquer cenário de práticas de saúde, eles devem existir e de que, invariavelmente, o médico mais qualificado deveria ocupar o topo da pirâmide de poder. A ideia de que necessariamente há de existir uma hierarquia fica impregnada no imaginário de atuação profissional dos futuros médicos, indo contra a de uma complementaridade nos atos profissionais em saúde, tão necessária para atingir a integralidade das ações

oferecidas aos usuários que buscam atendimento de suas necessidades em saúde.

As formas de produção de saber em saúde estão embasadas em uma noção de corpo segmentado em órgãos ou sistemas, objetivando buscar – nos diversos segmentos resultantes – as explicações para cada forma de adoecimento ou de sentir-se doente. Essa busca pela relação causa-efeito – como verdade incontestável – funciona como um redutor de invenção da atenção nos cotidianos (Ceccim e Merhy, 2009), co-produzindo o modelo das práticas educativas. Não abertamente, o que está sendo reproduzido são as disputas pela valorização do corpo dos órgãos – biológico – contra um corpo que é subjetivação e manifestação dos modos de existência, assim como se disputa pelos limites dos conceitos de normal e de patológico. O disputado é sempre produto da construção das relações de poder entre lados poderosos. Ceccim e Merhy (2009, p. 538) dizem que, *nesse movimento, explicita-se que há uma disputa pelo saber-fazer e pelo fundamento da ciência que lhe dá substância. É uma luta no campo da política do conhecimento.*

Sobre o reconhecimento dessas relações dentro do ensino médico, Donetto (2010), estudando as relações de poder na relação médico-paciente como resultantes também do tipo de interação professor-aluno, questionou e observou alunos da escola médica no Reino Unido. A pesquisadora buscava as *representações de poder* para os estudantes, encontrando, na grande maioria das vezes, referência ao empoderamento do usuário nos processos de decisão sobre as terapêuticas propostas como um sinônimo de perda de autoridade médica e uma inversão nas posições éticas. Em relação às implicações do poder na correlação ciência e prática médica, a visão dos estudantes foi bastante simplificada: o conhecimento médico e a prática médica destinam-se à aplicação profissional desse conhecimento. Os estudantes consideram que sua ciência fica comprometida pela imposição de leis: o que subordina o médico aos usuários são as leis de proteção dos usuários. A pesquisadora demonstra o quanto não é trabalhado nos currículos e nas práticas de ensino o *saber-poder* relativo à prática médica, tampouco suas relações e influências nos processos de trabalho nas equipes assistenciais. O imaginário transmitido nos processos educativos seria o do médico ocupando uma posição privilegiada nas relações com pacientes e outros

profissionais de saúde e, indiretamente, revela um reconhecimento do saber médico como suficiente na definição de assistência terapêutica, inclusive superior aos demais.

Perguntados sobre o papel do médico na sociedade atual, boa parte das respostas dos estudantes girou em torno de "exemplo" e "formador de opinião".

Eu acho que o médico é um formador de opinião. [...] Ele tem esse poder sobre o público, ele tem essa característica de salvar e coisa assim. É uma coisa que a gente ouve falar nos bairros por aí, aonde a gente vai, que "ah, o médico tal falou isso, é lei!".

Eu acho que, em cidades grandes, mas mais em cidades do interior, o papel do médico... A gente acaba sentindo a necessidade de dar exemplo, porque, às vezes, dependendo do número de habitantes daquela cidade, tu és uma autoridade. [...] Então, tu acabas sendo uma figura que precisa dar o exemplo. Se o médico for um fanfarrão e estiver sempre no boteco, que exemplo que essa pessoa que todo mundo pensa que tem mais estudo, que é mais preparada, que veio de uma vivência completamente diferente da deles, que exemplo essa pessoa traz para dentro da sociedade? (estudante D).

Esse papel do médico abordado pelos estudantes é resultado do reconhecimento da pessoa com tal formação como alguém influente na sociedade em que vive. Ao longo das décadas, outras atribuições e permissividades além da atuação clínica foram sendo incorporadas à prática médica, e ficou muito marcada a necessidade de utilizar o indivíduo como modelo a ser seguido, tanto no que se refere às suas falas quanto em relação às suas atitudes. A estudante H questiona essas permissividades incorporadas pelo médico, bem como a relação de hierarquia que eleva a posição social desse profissional, colocando a escolha por portar-se como modelo a ser seguido como um exercício individual, e não de toda uma categoria.

Eu acho que tem que ser igual a todos. Acho que o

comportamento de todos, independentemente da profissão, tem que ser o mesmo, porque ninguém é melhor que ninguém. Não é porque eu sou médica que eu tenho direito, poder ou qualquer coisa a mais. Eu acho que, como um professor, como um advogado, nós somos todos iguais. Então, assim, querendo ou não, a influência que a gente tem é grande. Então, eu acho que tem que se comportar da forma que cada um acredita como é. Para mim, pode ser diferente das outras pessoas, de ser educada, de honrar o compromisso, a família vem acima de tudo (estudante H).

Além dessa sensação geral, também foi lembrado o papel do médico na sociedade exercendo o seu ofício de ajudar as pessoas, conforme a discussão sobre "o que é ser médico", no primeiro bloco das perguntas.

Eu acho que [o papel do médico na sociedade] é principalmente auxiliar as pessoas de uma forma ou de outra, não é? Não só na questão do biológico e do patológico, mas, sempre que possível, orientar a pessoa para que ela possa viver melhor. [...] Porque tu estudaste para isso e, perante aquela pessoa que foi te procurar, tu és importante. Aquilo que tu falas para ela tem muito valor. Então, eu acho que, principalmente, o papel do médico é esse, de ajudar não só na questão do patológico, do biológico, mas ajudar as pessoas como um todo (estudante C).

Não houve, portanto, referências ao papel do médico dentro dos sistemas de saúde, públicos ou privados, nem de ensino. Depois de aproximadamente trinta minutos de conversa com cada estudante, fazendo repetidamente questões relativas ao ensino, imaginava que poderiam surgir citações relativas a isso, de forma direta ou até mesmo relacionada. Depois de realizadas as entrevistas, fazendo uma análise das respostas a essa pergunta, meu sentimento de frustração por não ter conseguido acessar um ponto importante da pesquisa, levantando dúvidas quanto ao teor e utilidade da

pergunta e à forma como foi colocada durou até o momento em que reli o diálogo transcrito com o estudante A:

- Qual seria o papel da categoria médica nesta sociedade?
- Na realidade... Eu não acho nada.
- Como assim, não achas nada?
- Não tenho uma resposta para a tua pergunta.
- Nunca chegaste a pensar sobre isso?
- Nunca (estudante A).

Os estudantes não se deparam com um papel para o médico na construção dos serviços de saúde, na sustentação de políticas públicas, na proposição e fortalecimento do trabalho em equipe, no debate das políticas sociais com influência sobre a qualidade de vida. Quanto ao imaginário, o médico é o profissional da assistência e do tratamento.

Os alunos também foram questionados sobre que representação a palavra *poder* lhes trazia; de forma proposital, a pergunta foi feita após quase todas as outras da entrevista, para que os estudantes fossem estimulados a pensar o poder dentro dos temas de educação, modelos de prática e imaginários. Boa parte dos alunos respondeu sobre poder em um cenário específico, o do momento do encontro com os usuários, como uma disputa quanto à credibilidade do médico em escolher um tratamento. Tal dado foi o mesmo observado por Donetto (2010), que explica que a constante citação de poder dentro desse contexto revela uma perda da autoridade médica e uma inversão nas posições éticas entre médico e paciente.

A gente sofre bastante para tentar mandar nas pessoas. Tentar mandar não, mas tentar passar o nosso conhecimento para elas, tentar ajudar as pessoas dessa maneira. E eu acho que esse poder, a gente acaba entendendo que ele diminui, porque a gente tem que lutar muito para um paciente aderir a um tratamento, tem que lutar muito para ele mudar de hábito, e eu acho que esse poder, assim, em relação ao paciente, é menor do

que a gente imagina (estudante E).

As citações dos estudantes foram tanto no sentido de afirmar uma perda da autoridade quanto no de criticar sua manutenção. Para a estudante H, que faz essa crítica, o poder está em poder exercer a sua forma de pensar ser médica, o seu imaginário de Medicina.

Ajudar [é a representação de poder]. Porque o poder... Acho que a gente passou dessa fase de pensar no poder. Acho que, hoje em dia, a gente não faz nada sem consentimento da pessoa. Então, eu acho que poder é você aprender o certo, tentar pôr em prática e ajudar as pessoas. Para mim, assim, hoje em dia, o que mais mata são as doenças da mente. Então, assim, tem que ajudar. Tem que estar disposto a ouvir, a conversar, a tirar um tempo para aquela pessoa, e não "eu vou abrir, suturar, e mandar embora" (estudante H).

Foi citado também poder enquanto uma capacidade de a prática médica causar resultados maiores para quem sofre sua ação.

Eu acho que o poder se relaciona muito com a responsabilidade, porque tu tens o poder sobre a vida da pessoa em determinada especialidade. Uma decisão tua, uma conduta errada, uma prescrição errada, tu tens o poder de modificar o curso da vida dessa pessoa. Então, tu não tens o poder da cura. Mas tu podes causar algum malefício para esse paciente. Tu podes não conseguir ter o poder de curar, mas tu podes prejudicar (estudante D).

A característica do papel do médico e o conceito de poder citados pelos estudantes são reflexos da discussão realizada nos currículos médicos, que orbitam sempre em torno da figura do médico, mas poucas vezes a partir dela. Retomo a pergunta de Feuerwerker (2004) sobre as mudanças curriculares: "de que mudanças falamos?". As

mudanças curriculares realizadas no Brasil na última década trouxeram inovações nas metodologias de ensino, no objeto de atuação do médico – pouco a pouco, deixando de ser apenas as patologias dos indivíduos e cada vez mais o sujeito doente –, entretanto, ainda não conseguiram extrapolar o modelo centrado no médico. O médico estará sempre isolado, sem equipe e sem política de saúde? Não há capacidade de articular, congregar, compor ou fazer rede. Por mais que se considerem as questões sobre o "papel do médico na sociedade" e "representações de poder" difíceis de serem respondidas, a considerável uniformidade das respostas permite-nos fazer essas observações. Creio que uma discussão de poder aproximada do conceito de poder em Foucault pode ser percebida melhor nas respostas para as questões sobre as diferentes formas de ensinar a ser médico e as disputas por esse ensino.

O único aluno que respondeu sobre poder pensando-o como relações de poder que envolvem os médicos foi o estudante G, que curiosamente foi o único entrevistado do primeiro ano do curso.

Eu acho que poder está dentro da facilidade que tu tens de influenciar as pessoas. Não necessariamente de uma forma negativa, mas de influenciar as pessoas a enxergar da forma que tu queres que elas enxerguem, da forma que tu enxergas. Eu acho que está mais dentro disso (estudante G).

O mesmo aluno, após essa resposta, foi perguntado novamente se achava que havia disputa nas formas de ensinar a ser médico.

Talvez eu enxergue isso ano que vem, porque muda o professor da tutoria, e pode ser que eu tenha contato com um professor médico, talvez eu perceba isso agora, mas assim: não no curso, mas como experiência e vivência, eu posso dizer com certeza que existe e que vai existir daqui para frente (estudante G).

Acho importante citar a que tipo de professor e de tutoria se refere o estudante G. A aprendizagem baseada em problemas utilizada na Uniplac conta com tutores nas

séries iniciais oriundos de diversas categorias profissionais da saúde, não apenas médicos, e ocorre em espaços distribuídos de forma longitudinal no decorrer de cada ano. Os conteúdos técnicos são trabalhados em encontros em pequenos grupos de alunos a partir de situações práticas elaboradas pelos tutores ou trazidas do cotidiano da atenção primária vivenciada pelos alunos.

Conforme outros momentos nas discussões desta pesquisa já apontaram, esse estudante explicita que sua percepção quanto às disputas por aquilo que ele conceitua como poder ocorrerão não a partir do proposto pelo currículo do seu curso: foram suas experiências e vivências anteriores ao ingresso na faculdade.

Sobre o contemporâneo da sociedade, no que diz respeito ao papel do médico, Schraiber (2008) fala sobre sua atuação no que chama de “crise dos vínculos de confiança”. Como marco para o entendimento dessa crise, a autora cita a transição ocorrida nas últimas décadas, de uma Medicina liberal para uma Medicina tecnológica. A ação do médico seria determinada socialmente, com a produção de cuidados no ritmo e em formas compatíveis com a imagem também contemporânea de corpo: o corpo trabalhador. Para dar conta disso, o usual é a especialização, com necessidade de se fazer uma Medicina tecnológico-hospitalar, com demanda crescente no número de atendimentos e no uso de aparatos tecnológicos modernos e um autoprotecionismo em relação às questões judiciais. Tudo isso torna distantes as relações com as pessoas, pois as escolhas das ações profissionais passam a dar-se menos por arranjos afetivos do que por outros, como os econômicos ou por imposições tecnológicas.

O importante para nosso tema da Educação é que essa crise nas relações de confiança acaba trazendo conflitos para a percepção de si, do próprio médico, quanto às convicções outrora necessárias para produzir cuidado efetivo e discernir, de forma adequada, entre certeza e sensibilidade pessoal, utilizando a cumplicidade do paciente como ferramenta importante nessa prática. A nova Medicina tecnológica inclui novos atores no processo de decisão, novos instrumentos com tecnologias não-substituíveis, e acaba promovendo uma tensão quanto aos valores éticos da profissão, colocando

uma dúvida no médico quanto à sua credibilidade com os usuários, apesar de reconhecida a legitimidade de sua formação no que se refere à capacidade de formular diagnósticos e indicar terapêuticas. O que é ensinado nas escolas médicas sobre o ser médico, de um lado, é uma prática embasada na independência técnica necessária ao processo de trabalho e adequada para cada situação percebida *em ato* pelo profissional; de outro lado, é uma prática embasada em fatores externos que o afastam do encontro e do envolvimento com a produção de desenhos locais de atenção à saúde. A crescente preocupação quanto a esses elementos externos pode acabar marcando a formação dos futuros médicos, superando-se seus imaginários de cuidado por um imaginário autoritariamente diagnosticador e *prescritor*, acrescido pelo fato de não serem proporcionadas experiências de outra forma de praticar a Medicina. A educação médica acaba por naturalizar a desconsideração do momento do encontro como preponderante para a prática clínica.

Quanto ao tipo de atividade que despertou interesse dentre as vivenciadas até o momento pelos estudantes, também há bastante diferença entre os alunos das séries iniciais e os das séries finais, como era esperado, devido à quantidade de exposições já vividas por cada grupo.

Todos os alunos de primeiro e segundo ano citam a precoce inserção em campos de práticas, em geral de Atenção Primária à Saúde, como atividades que lhes chamam bastante atenção. Sobre elas, dois dos quatro alunos usaram expressões que nos trazem a ideia de que sentimentos bastante inesperados foram despertados.

A parte da prática [foi o que mais me chamou atenção], principalmente no momento de fazer uma consulta com uma pessoa. [...] Eu acho que é uma coisa que me desperta bastante, que me deixou bastante traumatizado no início. Porque, na primeira vez, tu não tens aquele tato com o paciente, tu fazeres uma entrevista, perguntar de toda a vida dele... É uma coisa que me despertou bastante, e eu fiquei bem apavorado, vamos dizer assim (estudante E).

A gente bate na casa das pessoas, a gente tem o relacionamento com o paciente. É praticamente assim: a gente tem que conquistar a confiança deles, entrar na casa deles. Não é para qualquer um que tu abres a porta da tua casa, então, quando eles abrem a porta da casa, já é uma responsabilidade enorme. [...] Talvez isso para alguns seja um choque, para outros seja um estímulo. Eu vejo como um estímulo já estar na prática direto, pegando o que a gente vai ver daqui para frente (estudante G).

O que percebo nas falas dos estudantes é que os interesses, no começo do curso, são da ordem da subjetividade, não das especialidades médicas. Quando falam sobre reserva em perguntar sobre toda a vida de uma pessoa ou sobre a responsabilidade de ser convidado para entrar em uma casa, estamos vendo jovens que têm suas primeiras afecções na ordem do encontro apenas, sem ainda ter uma exposição a tecnologias e falas que privilegiem o conhecimento médico em detrimento do cuidado por parte do médico. São práticas de ensino em saúde atuando como fator de exposição, engendrando experiências sensíveis nos corpos dos estudantes. São apresentações precoces, para os estudantes, de um conceito de saúde que busca a produção de vida ao produzir o *escutar*.

Alunos que não estão mais nas séries iniciais expressam interesse por atividades de outra ordem: *trabalhos científicos* foi a mais citada, e as razões para a participação nesse tipo de atividade foram bastante práticas para a carreira médica.

Acho que a melhor maneira de fazer trabalho científico mesmo é aprender na prática. Nesse ponto, e ligando mais com a parte do currículo mesmo, ou seja, recém-formado, você tem que entrar numa residência, e isso, claro que conta para tu entrares em qualquer residência, além de teu currículo como aluno (estudante B).

Uma das estudantes do quinto ano demonstra a mesma necessidade de participar de

atividades que sejam importantes para seu currículo, como trabalhos científicos e relatos de caso. Porém, perguntada sobre o estímulo para participar da criação de uma Liga Acadêmica<sup>3</sup>, informa que, muito mais importante do que a especialidade médica da qual a Liga se ocuparia, era o movimento necessário para sua criação.

Eu faço alguns trabalhos de pesquisa; tem vários professores que me ajudam, que estão me orientando. Relato de caso, eu fiz também no hospital, com autorização, bem certinha. Sempre quando tem alguma coisa na escola, mostra científica, eu participo, eu apresento trabalho, faço projeto. Então, assim: eu gosto de estar bem dinâmica e presente. [...] Eu estou colaborando comigo, porque eu estou aprendendo, porque eu estou usando um hospital para aprender na prática, eu estou dando algo em troca. Eu estou recebendo, eu estou aprendendo e estou dando também. E ficar só o que é curricular, eu acho que sobra tempo. Então, eu acho que a gente tem que usar o tempo que a gente tem para aprender, para crescer na vida, para fazer fora (estudante H).

A fala demonstra que há uma série de obrigações impostas para os estudantes ao longo do curso, além do próprio conhecimento adquirido na leitura de livros e bibliografia técnica. Há a necessidade de adquirir um diferencial, tanto em termos de currículo quanto de conhecimento específico. Conforme explicado pela estudante, a formação é proporcionada pelo curso e pelas buscas autônomas dos alunos. Hável é o estudante que conseguir satisfazer as necessidades ditadas pela formação médica e também explorar todas as suas possibilidades de práticas surgidas a partir de seus movimentos. Kastrup (2002, p.213) diz que *aprender não é adaptar-se a um meio ambiente dado, a um meio físico absoluto, mas envolve a criação do próprio mundo. É*

---

<sup>3</sup> As Ligas Acadêmicas são organizações estudantis nas quais um grupo de alunos opta por se aprofundar em determinado tema sob orientação de professores. Além de aulas, cursos, atividades de pesquisa e assistência em diferentes cenários da prática, idealmente propiciariam o desenvolvimento de senso crítico e raciocínio científico, com uma prática mais ampla do exercício da cidadania, com o olhar voltado para as necessidades sociais (Torres et al, 2008).

preciso dispor de tempo e condições de escolha para essa criação.

Percebe-se que essa estudante, mesmo já estando no quinto ano do curso, foge completamente dos rituais dos estudantes de Medicina de envolver-se em atividades extracurriculares com médicos mais experientes, o que é chamado de "acompanhar" cirurgias, serviços ou atendimentos. Outra estudante, percebendo que neste quesito destoa da maioria dos seus colegas, explica seus motivos:

[Estágio] extracurricular, eu não fiz nenhum. Pode ser que tenha um pouco de desinteresse, mas foi muito pela ausência da família. Nas minhas folgas, eu preferi estar em casa, curtindo a família. [...] O fato de eu estar em casa... Eu recupero as minhas energias para voltar para cá. Então, eu tenho um rendimento maior quando eu estou mais revitalizada desse apoio familiar. [...] Eu não entendo como um prejuízo não ter ido além. Entendo como uma necessidade (estudante D).

O usual é representado pela fala do estudante G, ainda do primeiro ano.

Eu acho que [acompanhando as cirurgias, buscava] talvez o primeiro contato para ver com o que eu ia ter que lidar. [...] E daí, em cima disso, eu fui assistir à primeira cirurgia. Daí, eu saí dessa cirurgia e eu conversei com o médico: da próxima vez, eu vou ligar para o doutor, vou perguntar o que o senhor vai fazer nas próximas cirurgias, vou estudar aquilo, vou estudar a anatomia do local, da região, vou estudar o procedimento cirúrgico. Acho que, conciliando junto com o que eu estou aprendendo, porque agora a gente está vendo Anatomia, Histologia e Fisiologia, primeiro ano é basicamente isso, conseguir conciliar junto com meu aprendizado teórico aqui, da mesma forma como eu faço na unidade de saúde.

Conforme descrevi no início, os estudantes foram selecionados por estarem em

estágios curriculares nos campos de prática do Projeto VER-SUS/Lages 2011 ou por estarem inscritos e participando das vivências. Dado o pressuposto teórico do VER-SUS, que tinha como objetivo vivenciar três eixos do SUS em Lages (Educação, Trabalho e Cidadania), havia a possibilidade de os três estudantes do "estágio" terem alguma motivação comum nas suas buscas por atividades extracurriculares, o que acabaria diferenciando-os dos outros cinco. Pensando-se nessa hipótese como passível de confirmação, foi buscada a representatividade entre estudantes estagiários e não-estagiários, mas sem a preocupação de uma representatividade numericamente exata ou proporcional à realidade de todos os estudantes do curso de Medicina da Uniplac.

As motivações dos acadêmicos para candidatarem-se às vagas do VER-SUS não fogem das que os levam à escolha de seus estágios extracurriculares obrigatórios ao longo do curso. Por exemplo, o estudante A diz que sua motivação para participar do VER-SUS, *"a princípio, foi um convite da coordenação, mas, como conta como hora extracurricular, já facilitou"*. O que chama mais atenção na sua participação é a sua escolha por parte do professor que o convidou para a vivência. Alguns professores têm certa preocupação com o aprendizado de seus alunos e vislumbram o sucesso da participação de alguns deles em atividades com determinados perfis, por considerarem que há um potencial a ser despertado, a partir das marcas percebidas nos alunos nos encontros que já tiveram. Retomando Kastrup (2002), que discute o conceito de *signo* em Deleuze, a oferta do professor foi a de um momento de desestabilização que funcionasse como um signo, capaz de exercer sobre a subjetividade do aluno uma ação, sem necessariamente uma representação correspondente. Não ter uma representação é tudo o que não se encontra no currículo médico, e a oferta ao estudante convidado para participar do VER-SUS é a de experimentar uma nova forma de aprendizagem, uma abertura aos *signos*, e não ao reforço do conhecimento.

Dentro do cenário de pesquisa escolhido, não considero que exista uma forma de pensar comum aos acadêmicos de Medicina estagiários. Poder-se-ia supor que esses acadêmicos poderiam já ter tido vivências com o SUS que lhes trouxessem interesse por mais essa ou que houvesse mais interesse por uma especialidade com mais

atuação e trânsito no SUS, como a Medicina de Família e Comunidade, mas essa expectativa também não foi confirmada. Os três acadêmicos que também eram estagiários, quando perguntados sobre que atividades extracurriculares escolheram fazer, afirmaram ter interesse por serviços de Emergência.

A estudante C foi a única que comentou alguma experiência prévia à graduação com o SUS, fato que a fez pensar em realizar o VER-SUS, o que acabou não acontecendo. Segundo ela, a expectativa que ela tinha ao pensar em participar do projeto era a de ampliar seu conhecimento sobre as rotinas do SUS para auxiliá-la na sua prática de médica. Disse ela:

Eu acho que é importante você saber o que acontece no SUS, a que a pessoa tem direito, a que ela tem acesso, porque depois isso aí vai ajudar na prática, não é? (estudante C).

Um dos estudantes estagiários tinha um motivo bastante particular quando se candidatou para uma vaga no VER-SUS. Segundo ele, uma de suas professoras, médica de família e comunidade, após orientação durante atendimento a uma paciente, fez um comentário que o inquietou, e sua reação à crítica recebida foi participar do projeto de vivências.

Teve uma reunião de todos os professores, de todos os módulos do curso, e ela disse que eu não prestava atenção no psicossocial, que eu era eminentemente clínico. Só que eu achei, na verdade, injusto, porque ocorreu uma situação. Aí eu pensei que eu vou mostrar que eu tenho interesse nessa parte, vou me inscrever no VER-SUS, que trata de uma parte mais social (estudante F).

Convidar um aluno para participar de um projeto de vivências, fazer uma crítica a um acadêmico por este não perceber a sua pouca atenção à integralidade durante um atendimento em atenção primária ou portar-se como o "pai" para os pacientes da pediatria e seus familiares: todos esses são exemplos de ações reais que despertaram

nos acadêmicos sensações que os fizeram mudar suas práticas. Assim como as vivências e valores anteriores ao curso de Medicina têm forte influência nas escolhas e opiniões dos estudantes, experiências marcantes com professores também têm potência suficiente para mudar a forma de os estudantes atuarem como médicos. Essa influência não se baseia em um diagnóstico raro ou difícil de ser realizado, mas sim naquilo que o professor teve que despende de humano para fazê-lo e nas tecnologias do encontro, o que é capaz de ativar "ovos" de sentimentos e deixar marcas. Está no campo das sensações e dos signos, uma zona entre professor e aluno, o que Guattari e Rolnik (1986) chamaram de plano de produção da subjetividade. Segundo Rolnik (2004, p. 209-210), esse plano é composto de forças tendenciais heterogêneas, movimentos esboçados, fluxos moventes, fragmentos, multiplicidades, diferenças que coexistem com a forma subjetiva existente, mas sem serem subsumidos por ela. Ratificando o papel de professor, do aluno e do tema do aprendizado, a autora diz que *a aprendizagem não se dá no planos das formas, não se trata de uma relação entre sujeito e um mundo composto de objetos. Ao contrário, se faz num encontro de diferenças, num plano de diferenciação mútua, onde tem lugar a invenção de si e do mundo.*

Os alunos foram perguntados sobre como estão sendo trabalhadas suas expectativas e motivos para fazer Medicina, de maneira a entender como consideram que seus imaginários são ressignificados dentro do curso. Foram perguntas bastante pessoais para os alunos, e, de um modo geral, obtive respostas breves. Todos os alunos responderam de forma positiva à pergunta sobre serem correspondidos em suas expectativas de cursar Medicina. A exemplo da pergunta sobre o que consideravam ser um médico, o *ajudar* foi citado por quatro dos entrevistados, que afirmam que suas expectativas de poder ajudar estão sendo correspondidas. Uma das entrevistadas do quinto ano, ao longo da conversa, deixa bem claro que sua principal motivação para a escolha da profissão, *auxiliar*, se mantém inalterada. A resposta, dada de forma bastante convincente, passa-nos a certeza de que ela realmente mantém seu imaginário intacto, a ponto de permitir-se, em tom descontraído com o entrevistador, dizer que, se alguma coisa mudou, foi seu desejo de tornar-se infectologista para poder voltar para sua cidade de origem e atuar como médica que cuida de um grande

número de pessoas portadoras de doenças infecciosas.

Para mim, os objetivos continuaram os mesmos. A única coisa que mudou é que eu entrei na faculdade achando que ia fazer Infectologia. Isso mudou para mim, foi a única coisa que mudou (estudante H).

Apesar de as respostas terem sido bastante breves para essa pergunta, algumas particularidades puderam ser notadas. O aluno que disse que uma de suas motivações para entrar no curso era conhecer melhor a sua doença, ao longo da entrevista, afirma ter adquirido o conhecimento de que ela é uma doença crônica; mesmo assim, sente-se satisfeito por poder ter essa clareza. O estudante que afirmava querer entrar no curso também para aumentar o seu conhecimento geral ou de mundo diz que está bastante feliz com a forma como são postas em prática as metodologias ativas utilizadas no curso e que isso acaba trazendo, de forma permanente, estímulo para estudar e assim ampliar cada vez mais as expectativas.

Conforme já comentado anteriormente, um dos alunos também citou a forma diferente com que as pessoas passaram a reconhecê-lo e acabou incluindo isso nas modificações de suas expectativas.

A verdade é que o status social é algo bem interessante, não é? As pessoas, depois que tu passas num curso de Medicina, parece que te valorizam mais, assim, "oh, faz Medicina!". Eu senti um tratamento diferente das pessoas, mas não [tinha pensado sobre isso antes de entrar no curso], de fazer por causa disso, não. Mas que é bom, é (estudante F).

A estudante D, do quinto ano, também relatou uma modificação nas suas expectativas quanto à quantidade de esforço pensada como necessária durante o curso. Segundo ela, a sensação era de que o maior esforço já tinha sido despendido para ingressar na faculdade nos concorridos vestibulares. Uma nova realidade foi-lhe apresentada: o crescente esforço necessário para a formação médica, seja pelas horas de plantão ou

de estudo, seja pela necessidade de abrir mão de coisas importantes. Mesmo afirmando que todas essas dificuldades são capazes de fazê-la repensar se vai querer isso para a vida toda, ela conclui dizendo que não se arrepende e que as dificuldades foram necessárias.

Assim, a vivência do internato, as muitas horas de estágio, o cansaço e chegar em casa e ter que estudar fazem a gente repensar às vezes se vai querer aquilo para a vida toda. Então, tu começa a pensar qual especialidade vais seguir, que tipo de vida tu queres levar, coisas que lá atrás, quando a gente entra na Medicina... Porque a gente acha que, quando a gente entrou, a gente concluiu o sonho maior, que era entrar, mas não. Ainda tem muita coisa pela frente, depois vem a residência, e tu vê que o sonho só cresce, só aumenta, tu vais sempre querendo mais, e não acaba por ali. [...] A gente entra achando que tem que estudar, que, no máximo, estudar um pouco mais que os outros. Mas eu não tinha noção de quanta coisa eu ia ter que abrir mão. E não me arrependo. Perdi coisas importantes, mas foi necessário (estudante D).

Participa da montagem do imaginário a perspectiva de um profissional que estuda muito, estuda mais que todos os outros, precisa da etapa de residência e sofre por e para saber mais. Independentemente da materialidade dessas condições, elas se tornam produtoras de uma "aura", de uma "atmosfera", não mais passível de problematização, de desmontagem. Estudar mais, de maneira formal, coloca-se acima de qualquer outra modalidade de estudo e diferencia, *nobiliarquiza* o médico.

Como encerramento da conversa com os estudantes, resolvi perguntar se eles se consideravam felizes fazendo Medicina, de forma a fazer uma aproximação com suas sensações. As respostas foram todas curtas, algumas com uma frase apenas, mas a carga de emoção transmitida ao responderem essa questão tornou-se um dos momentos mais interessantes da entrevista. Primeiro, porque me trouxe um conforto,

pois, em diversos momentos, me senti desapontado com minha incapacidade de responder algumas perguntas com formato semelhante para questões relativas ao porquê de determinadas escolhas profissionais. Segundo, porque efetivamente alguns estudantes ficaram emocionados ao responder a questão, o que me leva a pensar na imprevisibilidade da pergunta, somada à felicidade de poder responder afirmativamente. Apesar de considerar que a importância das respostas foi muito maior pelo que não pôde ser dito pelos estudantes, selecionei a fala de um dos dois estudantes que conseguiram desenvolver uma resposta de forma mais elaborada.

Estou, estou, estou. Estou feliz porque eu tenho a sensação de que eu estou na área que eu gosto e que era o que eu sempre sonhei. Não me desiludi com a Medicina em momento algum e estou feliz por estar realizando essa parte do sonho. Que o sonho cresceu agora, não é só mais ser médica, agora já tem o sonho da especialização. Eu tenho impressão de que o sonho só se multiplicou, mas eu estou muito feliz (estudante D).

Noto a “especialização” como a renovação do sonho, um saber mais, mas também um saber menos, posto que a especialização médica é pôr aprofundamento em um recorte, não é a expansão do pensamento, dos saberes, da tomada do mundo ou da vida como problema de existência. Não se trata de suprimir a necessidade das especialidades médicas – participo de uma –, mas de situar a relação sonho-poder-vida.

## Conclusão

*Sra. Mobilização de Imaginários*

**USO INTERNO**

1 - Metodologias ativas 10mg - USO CONTÍNUO  
usar em todas as aulas expositivas e práticas, de  
forma contínua.

2 - Espaços de conversação 25mg - USO CONTÍNUO  
usar uma vez na semana, sempre que houver  
necessidade.

3 - Professores com formação generalista - 3 SÉRIES  
utilizar paulatinamente no primeiro ano, duplicar  
a dose no segundo e usar em tempo integral no  
Internato de Atenção Primária.



31/09/2011



Ricardo Dantas Lopes  
Mestrando em Educação  
Matrícula 00183234/UFERS

A figura acima representa a conclusão esperada de uma pesquisa científica orientada pelo modelo biomédico na educação a ser aplicado ao nosso tema de pesquisa. Há uma dúvida (uma pergunta de pesquisa), há uma consulta a um estudioso no tema (o período cursado ao longo de aproximadamente dois anos nas disciplinas disponibilizadas pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, que me confeririam um *suposto saber*, teórico e especializado) e o esperado resultado final de uma receita, uma prescrição de eficácia a ser replicada em todos os casos com problemas semelhantes. Contudo, não foi dessa forma que ocorreu mais esta experiência próxima

de ser encerrada formalmente.

Minha participação durante esses dois anos tornou-se mais uma exposição transformadora, como as outras já citadas. Fui exposto a uma quantidade incrível de leituras, professores e temas, que hoje se tornam uma "teia conceitual", sem possibilidade de os pontos dessa trama serem nomeados e individualizados entre si: cada ponto foi capaz de despertar "ovos de tempo" e semear novas marcas-ovo. Rolnik (1993) diz que as marcas, quando postas em devir, são capazes de engendrar novos corpos e sentidos de existencialização e que nossa memória sobre elas não é na temporalidade de um passado já existido, mas sim uma memória de marcas sempre atuais, geradoras de novas linhas de tempo.

Não saí mais o mesmo. Minhas intenções de pesquisar o imaginário dos estudantes de Medicina também se modificaram. Minha própria autonarrativa foi se modificando com as construções teóricas que iam sendo cuidadosamente elaboradas. Tinha algumas pré-concepções sobre as formas como são trabalhados os imaginários nos cursos médicos, mas a conversa com estudantes marcou-me: não queria apenas ater-me a cada resposta dos estudantes; pensava que era momento de conversar sobre as novas questões surgidas durante os encontros, de maneira a explorá-los ao máximo, fazendo constantes ressignificações em mim e na potencialização das sensações deles. Tive por vezes que territorializar, focando no roteiro de entrevista para que não houvesse prejuízo a uma coleta de dados sistemática, de modo que todo esboço teórico desenvolvido até o momento da entrevista pudesse ser explorado de forma suficiente.

Sobre os imaginários dos estudantes de Medicina, o primeiro ponto a ser ressaltado é a incapacidade de realizar-se uma pesquisa que resulte em produto definitivo quanto à melhor forma de trabalhar esses imaginários. Todo *modelo* é insuficiente, incapaz de ser replicável a tantos *desenhos* entre instituições de ensino e assistência, instâncias de controle social em saúde e formas de gerir sistemas de saúde, para citar os quatro itens do *quadrilátero da formação* de Ceccim (Ceccim e Feuerwerker, 2004). Os pressupostos teóricos da pesquisa fazem uma crítica a uma aposta: há um imaginário

representativo, mas o imaginário pode tomar suas marcas em devires de tempo não-representativo, pode aceitar disrupturas inventivas/criativas/vivas. O Relatório Flexner da década de 1940 e suas recomendações conclusivas para os cursos de Medicina, ainda tão presentes nas formas cotidianas de se ensinar como ser um profissional de saúde e como atuar nos diversos *settings* de atenção à saúde, incidiram nos imaginários de forma educativa também com diferenciações de classe, gênero e etnia. A universidade brasileira é jovem e, por isso, altamente elitizada. Uma universidade elitizada com um segmento de extrato superior, o curso de Medicina. Essa condição gerou novos imaginários representativos. Um ambiente de trabalho, o da saúde, altamente regulamentado e, entre as regulamentações exemplares, a do trabalho médico cada vez mais reforçando esse imaginário. De seu componente representativo, tivemos todas essas notícias. De seu componente disruptor, podemos falar de professores atentos e cuidadores, da oportunidade de inusitados estágios, de cursos problematizadores e conversações problematizadoras. Em meio às representações, linhas de fuga são enlaçadas e viabilizam roteiros de aprendizagem aberta e viva, porta de entrada à alegria.

Não é previsto, em quaisquer *modelos*, aquilo que faz parte da *diferença*, no caso desta pesquisa, as diferentes maneiras de cada coletivo organizar-se para formar médicos e pensamentos médicos que atendam a necessidades sociais em saúde. As diferentes maneiras de cada indivíduo *ser* antes de seu ingresso no curso médico compõem história e uma sensível oportunidade às práticas cuidadoras. Há um currículo médico básico a ser seguido, de forma que o futuro profissional tenha determinada experiência prática em algumas especialidades médicas fundamentais para a sua atuação, independentemente de seu futuro local de trabalho ou área de atuação; porém, esse currículo não é só de conteúdos, é também de abertura de corpos aos encontros, à equipe multiprofissional, às diversas culturas e ao cuidado de pessoas sob aflição. Esse currículo está sendo discutido, buscando o contato cada vez maior com cenários de atenção primária, como na proposta de incluir na formação médica os seus princípios norteadores da longitudinalidade do cuidado, da centralidade do encontro com os usuários e suas relações e da integralidade, em uma lógica de sistema de

saúde. Além desse currículo formal, há currículos ocultos que, ao lado das singularidades de cada coletivo de alunos, viabilizam/inviabilizam propostas de reproduzir formas de tratar, de cuidar, de atender e de escutar, pois cada local de ensino tem seu currículo formal, seu currículo oculto e um coletivo singular de alunos.

O currículo oculto trazido pelos estudantes torna-se visível principalmente quando acessamos suas percepções sobre o papel do médico na sociedade. Fica claro que, mesmo com mudanças no currículo médico e nas metodologias utilizadas nas práticas de ensino, ainda são transmitidas ao médico formas de fazer uma clínica a partir de si, usando como referência sua atuação individual, e não em coletivos, em equipes ou orientada pela construção do sistema de saúde. Não se observa compromisso com um sistema de gestão do setor da saúde, com um "sistema de práticas" de atenção/cuidado/tratamento/cura ou com a cidadania. Não há o debate sobre os sentidos e função dos posicionamentos políticos, e a construção de sociedade não é uma questão.

Percebi, durante as conversas, que há um imaginário potente anterior ao ingresso no curso de Medicina quanto ao que é ser médico. Pensava que os imaginários fossem completamente modificados ao longo dos seis anos pelo currículo médico. Terminei esta pesquisa retificando essa certeza. Todas as respostas às perguntas feitas durante a entrevista seguiram uma forma de pensar, tinham uma linha condutora que englobava desde o que é ser médico até a percepção por disputas nas formas de ensinar dentro do curso, mesmo em estudantes do internato. Isso nos leva a pensar que as motivações determinantes para a escolha da Medicina não são modificadas durante o período do curso, mas acrescidas de outras. Essas exposições são específicas de quem experimenta o cotidiano de ensino do currículo médico, como o perfil de trabalho de cada especialidade médica, a remuneração e a percepção quanto ao modo como a sociedade valoriza e trata o profissional médico. O perfil do profissional já está estabelecido pelas características pessoais e experiências que formam os modos de levar a vida, de maneira que o currículo médico e as diferentes formas de ensinar a ser médico apenas mostram modos de tornar visíveis tais características aplicadas aos cotidianos do ofício médico.

Fazendo uma comparação entre o que serviu para compor minha autonarrativa e o que foi trazido pelos estudantes, percebo que há uma grande diferença quanto ao tempo das afecções despertadas pelas diferentes experimentações com potência de disrupção. Minha experiência foi contada a partir de um olhar em diversos momentos e com o tempo necessário para perceber os efeitos dessa afecção a que fui submetido pelas vivências, que hoje posso perceber que foram transformadoras. O encontro com os estudantes, entretanto, só me permitiu acessar o imaginário a partir de suas motivações anteriores e do pouco tempo de exposição ao currículo médico. Interessante seria acessá-los *também* em um momento posterior, analisando os efeitos em cada um sobre suas formas de ser médico relatadas no nosso encontro. Cabe dizer que esse cenário com o qual "conversei" é aquele que os docentes encontram a cada ano, no início de cada nova turma. Diante desse "cenário", o que cada professor planeja reverberar e fazer proliferar? O que pretende aplacar e o que pretende fazer germinar? Soube, na minha história e na dos estudantes que escutei, que todo tipo de professor está aí e também que nós podemos percebê-los ou não, que somos interrogados e interrogamos, e as chances à interrogação é que não parecem múltiplas.

Além do papel científico do encontro com os estudantes para a coleta de dados para a pesquisa e da sua importância como mais um fator disruptor para este pesquisador, considero que o momento proporcionado também se mostrou uma oportunidade singular como espaço para trocas sobre temas que não são comumente trazidos para discussão no currículo médico. Cito novamente a espontaneidade trazida pelos estudantes ao serem perguntados se se consideravam felizes no curso, sua abordagem sobre as representações de poder e a abertura para diálogo sobre suas motivações para a escolha do curso. Tenho uma experiência similar em minha carreira acadêmica durante os três primeiros anos do curso, com um espaço chamado de "tutoria", em que também discutíamos nossas impressões sobre nossas participações nos espaços de atenção primária e, principalmente, nossas expectativas e sensações quanto ao ingresso no curso de Medicina e sobre como iam se modificando. Tal experiência sempre foi lembrada até o final do curso pela satisfação que trazia para o grupo

reunido, pela possibilidade de criação de vínculos entre os alunos e entre alunos e o professor que se manteve até o terceiro ano com o grupo. Aos estudantes, era propiciado o contato com um grupo que permitia a exposição de um sujeito que ora passava por momentos de empolgação, ora trazia angústias e dificuldades que vinham sendo reconfiguradas com os primeiros anos do curso. A lembrança como uma experiência marcante foi reafirmada com a mudança de metodologia no início do ciclo das clínicas básicas, descontinuando-se o espaço de encontro entre os estudantes e o professor.

Esta pesquisa, para além do caráter científico, serviu como espaço com semelhante objetivo, buscando com o encontro a oferta de um dispositivo que pudesse oferecer abertura para que os *modos de levar a vida* de indivíduo-pesquisador e indivíduo-estudante pudessem estabelecer contato. Claramente, há a necessidade da manutenção (ou desenvolvimento) de tais espaços nos currículos, procurando-se uma formação mais integral dos futuros médicos. Não trato de uma substituição do aprofundamento teórico necessário para a formação tecnocientífica, mas de sua complementação com práticas cuidadoras que usem como ferramenta a lembrança de sentir-se cuidado durante a formação.

Há dados suficientes para apostar que a transformação dos sistemas de saúde em redes cuidadoras capazes de tornarem-se acolhedoras e de atender às necessidades em saúde de pessoas e coletivos deve passar pela prática dos profissionais que neles atuam. Também está claro que há a necessidade permanente de repensar o que e como se ensina aos profissionais médicos sobre as formas de atuação dentro do complexo palco vida-doença-poder. Ensinar saúde de modo que os profissionais incluam em suas práticas a integralidade da atenção passa por desenvolver estratégias nos currículos médicos que trabalhem ou considerem os imaginários dos estudantes, os imaginários sociais, as imagens de futuro na sociedade e na clínica, a política como imagem do poder e das representações sobre a vida em sociedade, assim como sobre a vida em potência de mutação da própria vida.

O imaginário anterior ao ingresso no curso de Medicina seria um potente disruptor das

representações autoritárias, superiores e *despolitizadas* quanto ao ser médico se convocadas na discussão política sobre o cuidado. O cuidado – presente no imaginário – poderia ser convocado à clínica da integralidade, à clínica sob as políticas públicas de saúde, à clínica sob as amarras ou rupturas da vida em sociedade no capitalismo, neoliberalismo, fundamentalismos religiosos, etc. A vida não é pura biologia. Vidas pedem passagem na nossa existência singular.

Mesmo com mudanças no currículo médico e na introdução de metodologias ativas de ensino-aprendizagem – oportunidade singular desta pesquisa, que se encontrou com um curso de graduação no âmbito dos projetos nacionais de “mudança” no ensino médico –, ainda são transmitidos, do ponto de vista da transmissão de si que os professores fazem ao ensinar (na educação formal, todo professor transmite a si mesmo, seu modo de ver o mundo, a vida, as relações, a existência...), principalmente, os modos de fazer a clínica individual (ou isolada, em que qualquer outro é apenas complementar), como se fosse um trabalho um a um (o médico, o paciente). A *referência* ao trabalho médico é construída por sua atuação individual (e não em coletivos, em equipes ou em sistemas de saúde); não sobressaem compromissos de sistema com o setor da saúde, com as práticas de acolhimento e gestão, com a cidadania ou com o pensamento (interrogar-se, abalar certezas e imaginários – de si, do mundo, do trabalho).

É necessário que os currículos médicos revolvam os imaginários trazidos junto com expectativas para o curso médico, aqueles que são produtos dos cotidianos de ensino e aqueles que são produtos das práticas do trabalho médico, interrogando-os quanto à sua produção, seus efeitos, seus sentidos, sua produção de sentidos (esta é a problematização). Àqueles que ocupam o papel do professor, cabe o papel central na exploração desses imaginários, abrindo-os como *campo de/aos possíveis* – fazer com que o estudante sinta diferentes formas de atuar como médico e se deixe afetar por elas.

## Referências bibliográficas

ALVES, Rubem. **A alegria de ensinar**. 3ª ed. São Paulo: Ars Poética, 1994.

BRASIL. Lei no. 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. p. 18055.

BRASIL, Portaria no. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. 29 mar 2006. Seção 1, p. 71.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244p.

CAPAZOLLO, Angela; FORTUNA, Cinira Magali; SANTOS, Henriette dos; WONG UN, Júlio; MATUMOTO, Silvia; CUNHA, Sueli Rezende e FRANCO, Túlio Batista. O processo de trabalho em saúde. In: Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005, p. 67-80.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2006 [1943].

CARVALHO, Yara Maria e CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al(Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007, p. 137-170.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3. 1997. p. 469-478.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg, ANTONACCI CARVALHO, Paulo R. (Orgs.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS. 1997, p. 27-41.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu/SP, v.9, no.16, p.161-178, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005a, p. 975-986.

CECCIM, Ricardo Burg. Réplica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, 2005b, p. 175-177.

CECCIM, Ricardo Burg. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde: o devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, 2007a, p. 358-361.

CECCIM, Ricardo Burg (Org.). Conceitos operadores de apoio a uma educação em saúde suplementar: ensaio para um dicionário de especialidade. In: CECCIM, Ricardo Burg. **Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em Saúde Suplementar para a região sul do Brasil**. Porto Alegre, 2007b. p. 87-125.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, 2008, p. 9-23.

CECCIM, Ricardo Burg. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Saúde Mental:**

**questões permanentes.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública-MG, 2010 (no prelo).

CECCIM, Ricardo Burg, ARMANI, Teresa Borgert, OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de, BILIBIO, Luiz Fernando, MORAES, Maurício e SANTOS, Naiane Dartora Santos. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008, p. 1567-1578.

CECCIM, Ricardo Burg, e MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, 2009, p. 531-542.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**, Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 69-92.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra imagem da educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, 2008, p. 444-456.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, 2004, p. 41-65.

CECCIM, Ricardo Burg; GUIMARÃES, Adernanda; KLAFKE, Teresinha e LENZ, Francielle. Autogestão no trabalho com / em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elisabeth Barros de e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores**,

**saberes e práticas.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2007, p. 179-204.

DARTORA DOS SANTOS, Naiane Melissa. **Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou divergência com as diretrizes curriculares na área da saúde.** 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Grupo Temático de Educação em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 120p.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa, filosofia prática.** São Paulo: Escuta, 2002 [1970].

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996 [1980].

DONETTO, Sara. Medical students views of power in doctor-patient interactions: the value of teacher-learner relationships. **Medical Education**, v. 44, n. 2, 2010, p. 187-196.

FEUERWERKER, Laura. Gestão dos processos de mudanças na graduação em Medicina. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAUJO, José Guido Corrêa de (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec, 2004, p. 17-39.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo, Loyola, 1996.

FRANCO, Túlio Batista. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP.** 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1999.

GONZÁLEZ, Alberto Durán e ALMEIDA, Márcio José de; Movimentos de mudança na formação em saúde: da Medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, 2010, p. 551-570.

GROSSEMANN, Suely e PATRÍCIO, Zuleica Maria. A relação-médico paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, 2004, p. 99-105.

GROSSEMANN, Suely e STOLL, Carolina. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, 2008, p. 301-308.

Guattari, Félix, e Rolnik, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes. 1986.

KASTRUP, Virgínia. Aprendizagem, arte e invenção. In: Daniel Lins (Org). **Nietzsche e Deleuze: intensidade e paixão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p. 207-223.

LANGDON, Ester Jean. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**, v. 12, 1995, p. 1-24.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO Roseni e MATTOS Rubens Araujo de (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 39-64.

MACHADO DA SILVA, Juremir. **As tecnologias do imaginário**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho e MERHY, Emerson Elias. A avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 2, 2004, p. 259-267.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do**

**processo de trabalho em saúde.** Um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. 1998. Acesso em 14/08/10.

MERHY, Emerson Elias. **Modelo de atenção à saúde como contrato social.** Texto apresentado na 11a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 11 CNS, 2000. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>>. Acesso em 12/04/2010.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-133.

MERHY, Emerson Elias. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos:** novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/2007>>. 2007. Acesso em 20/08/10.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa avaliativa por triangulação de método.** 2005. Disponível em <[http://www.nesp.unb.br/utics/texto2\\_minayo\\_triangulacao](http://www.nesp.unb.br/utics/texto2_minayo_triangulacao)> Acesso em 15/11/2010.

MONTY PHYTON. **Monty Python** and the meaning of life. Direção: Terry Jones. Reino Unido: The Monty Python partnership/Universal Pictures, 2003 [1983]. DVD, 107 min.

SCHRAIBER, Lília Blima. **O médico e suas interações – a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Hucitec, 2008, 254p.

SHOLZE, Lia. Narrativas de si e a possibilidade de resignificação da existência. In: PASSEGI, Maria da Conceição e BARBOSA, Tatyana Mabel Nobre (Org.). **Narrativas de formação e saberes biográficos.** São Paulo : Palus, 2008, p. 89-100.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético-estético-político no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade.** São Paulo, v. 1, n. 2, set/fev, 1993. p. 241 - 251.

SIEGMANN, Christiane e FONSECA, Tânia Mara Galle. Caso-pensamento como estratégia para a produção de conhecimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, 2007, p. 53-63.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TORRES, Albina Rodrigues et al. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Interface**. Botucatu, v. 12, n. 27, Dec. 2008.

Universidade do Planalto Catarinense. Assessoria de Programas e Projetos. Projeto do curso de graduação em Medicina. Lages: **UNIPLAC**; 2003.



## Apêndices

### Apêndice 1 – Distribuição de entrevistas

Distribuição das entrevistas						
	Básico	Clínicas	Internato	VER-SUS	Masc.	Fem.
Estudante A	X			X	X	
Estudante B		X			X	
Estudante C	X					X
Estudante D			X			X
Estudante E	X			X	X	
Estudante F	X				X	
Estudante G		X		X	X	
Estudante H			X			X

## Apêndice 2 – Roteiro de entrevista dos estudantes

Participante:

Sexo:

Idade:

Ocupação:

Contato/endereço:

1. O que, para ti, essencialmente é ser médico?
2. Porque escolheste fazer Medicina?
3. Que características percebes em pessoas que consideras exemplos de médico em tua história?
4. Que características pessoais ou adjetivos que tu viste em <citação> te motivaram?
5. Percebes, dentro do teu curso, formas diferentes ensinadas de ser médico?
6. Percebes, dentro do teu curso, formas diferentes ensinadas de como fazer a educação em saúde dos usuários?
7. Qual tua opinião sobre as disputas entre as formas diferentes de ser médico ensinadas?
8. Que tipo de atividade te chamam mais atenção, te deixam mais empolgado para participar, estar envolvido?
9. Já participaste de alguma atividade extracurricular? Por quê?
10. Como achas que as tuas expectativas em querer ser médico estão sendo trabalhadas ou modificadas ao longo do curso?
11. Falamos sobre diferentes formas de ensinar e de ser médico, modelos, disputas, sobre ser tocado, convocado, fazer estágios, expectativas. Pensando nisso tudo, eu te pergunto: na formação médica, o que te vem à cabeça com a palavra *poder*?
12. Estás feliz fazendo Medicina?

### Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada **O ensino da saúde para a integralidade da atenção: mobilização de imaginários**, que tem como objetivo principal considerar como são mobilizados imaginários entre os estudantes de Medicina. O tema escolhido justifica-se pela importância de que, na atuação como médico, as práticas são reflexo daquilo que os estudantes aprenderam e de como aprenderam. O trabalho está sendo realizado pelo Mestrando em Educação Ricardo Dantas Lopes e está sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada inicialmente uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas preestabelecidas, mas que têm caráter aberto, podendo funcionar como uma conversa livre. Os dados de identificação serão confidenciais, e os nomes dos entrevistados serão omitidos. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e, depois, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu, \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Declaro que também fui informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- de que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para atendimentos de saúde prestados a mim;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com este pesquisador pelo e-mail ricardodelopes@hotmail.com ou no endereço Rua Paulo Gama, 110 – Prédio 12.201 – Sala 409, Bairro Farroupilha, Porto Alegre (EducaSaúde);
- de que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Lages, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**Assinatura do entrevistado**

**Assinatura do pesquisador**