

MARIA LUISA FARIA MAKABE

**A INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
NA COMUNIDADE EM UM CURSO MÉDICO: A
VISÃO DISCENTE A RESPEITO DE SUA
FORMAÇÃO HUMANÍSTICA**

*Tese apresentada ao Centro de
Desenvolvimento do Ensino Superior em
Saúde (CEDESS) da Universidade Federal
de São Paulo (UNIFESP) para defesa no
Programa de Mestrado Acadêmico
“Ensino em Ciências da Saúde”.*

**SÃO PAULO
2009**

MARIA LUISA FARIA MAKABE

**A INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
NA COMUNIDADE EM UM CURSO MÉDICO: A
VISÃO DISCENTE A RESPEITO DE SUA
FORMAÇÃO HUMANÍSTICA**

*Tese apresentada ao Centro de
Desenvolvimento do Ensino Superior em
Saúde (CEDESS) da Universidade Federal
de São Paulo (UNIFESP) para obtenção
do título de Mestre em Ciências da Saúde
no Programa de Mestrado Acadêmico*

Orientador: Prof. Dr. José A. Maia

**SÃO PAULO
2009**

Makabe, Maria Luisa Faria

A Integração na Atenção Básica à Saúde na Comunidade em um Curso médico: a visão discente a respeito de sua formação humanística / Maria Luisa Faria Makabe – São Paulo, 2009.

iv, 121f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Integration in a Primary Basic Health Attention in a Community in a Medical Undergraduation Course: the discents' view about their humanistic formation.

1. Educação Médica. 2. Currículo 3. Humanização. 4. Aprendizagem.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Diretora do CEDESS: Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação: Profa. Dra. Sylvia Helena
Batista

Título:

A INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA
COMUNIDADE EM UM CURSO MÉDICO: A VISÃO
DISCENTE A RESPEITO DE SUA FORMAÇÃO
HUMANÍSTICA

Presidente da Banca Examinadora: Prof. Dr. José Antonio Maia de Almeida

BANCA EXAMINADORA:

Prof.Dr. José Lúcio Martins Machado
Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira Martins
Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian

Ao meu marido Sérgio e meus filhos Sérgio e Pedro, pelo amor, compreensão, apoio incondicional e por estarem sempre ao meu lado em todas as batalhas, ajudando-me a vencer.

Aos meus pais Carlos e Eunyce, pelo orgulho e carinho que sempre tiveram por mim.

À UNICID que me proporcionou, através de sua metodologia de ensino e pela constante educação permanente, o meu crescimento como ser humano e como profissional.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor **José Antonio Maia** pelo seu dinamismo científico, amizade, incentivo, paciência, imensurável sabedoria e orientação que propiciou a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor **José Lucio Martins Machado** pela oportunidade de realização desta pesquisa, no contexto institucional em que estou inserida há alguns anos.

À Professora Doutora **Maria Cezira Fantini Nogueira Martins** e ao Professor Doutor **Dante Marcello Claramonte Gallian** pelas valiosas reflexões críticas na qualificação desta tese, com o máximo rigor científico e humanístico.

Aos Docentes do Mestrado do CEDESS que tão brilhantemente souberam nos motivar a crescer em cada aula.

Aos funcionários do CEDESS, e, em particular, à **Sra. Sueli Pedroso**, não apenas pelo apoio técnico, mas pelo carinho e pela paciência.

Aos colegas de turma do Programa de Mestrado, pela inquietude na investigação científica, pela amizade, carinho e colaboração durante todo o período de elaboração deste trabalho.

Aos alunos do curso médico da Universidade Cidade de São Paulo, colaboradores desta pesquisa, pelo respeito, carinho e compreensão durante a pesquisa. Aprendi muito com estes meninos e meninas...

À minha amiga **Sonia Maiellaro** pela amizade e ajuda para o enriquecimento deste trabalho.

Sumário

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de Abreviações	iii
Lista de Figuras e Tabelas	iv
I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	6
III. REFERENCIAL TEÓRICO	8
1. A PRÁTICA MÉDICA E A HUMANIZAÇÃO AO LONGO DOS SÉCULOS	9
2. HUMANISMO, HUMANIDADES E HUMANIZAÇÃO	18
3. POLÍTICAS DE SAÚDE	25
4. FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO MÉDICO: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	32
4.A. A REFORMULAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E AS MUDANÇAS NO ENSINO MÉDICO	32
4.B. A FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA	37
4.C. NOVAS PROPOSTAS DE FORMAÇÃO MÉDICA: PROBLEMATIZANDO E REFLETINDO SOBRE O COTIDIANO	39
4.D. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA GRADUAÇÃO MÉDICA	49
IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	55
2. ASPECTOS ÉTICOS	57
3. CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO	57
4. INSTRUMENTOS DE PESQUISA	57
5. ANÁLISE DOS DADOS	60
V. RESULTADOS	62

VI. DISCUSSÃO	80
VII. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
IX. ANEXOS	109

RESUMO

A sucessão histórica de modelos curriculares na educação médica apontam para a necessidade de aprendizagem em novos cenários, colocando o aluno em contato com o paciente e suas necessidades desde o início do curso médico. É na prática constante, longitudinal, que este irá desenvolver a gama de competências para sua futura atuação profissional, em um mundo do trabalho que requer atributos tais como criatividade, autonomia na busca do conhecimento, e capacidade de trabalhar em ambientes multiprofissionais. A reflexão assume um papel fundamental, juntamente com uma visão humanística do seu paciente, entendendo e respeitando na sua complexidade. Assim sendo, o presente trabalho teve por objetivo investigar como um programa de inserção longitudinal de estudantes de medicina em cenários comunitários poderia influenciar sua formação humanística. Por meio de questionários e entrevistas, observou-se que a aprendizagem comunitária – particularmente em visitas domiciliares acompanhando Agentes Comunitários de Saúde – resultou em profundas reflexões sobre a inserção social dos sujeitos como alunos e futuros profissionais. Alguns pesquisados inclusive consideraram o trabalho na atenção básica como uma possibilidade de escolha de Residência Médica. De alguma forma, todos os sujeitos valorizaram a experiência como um importante componente da humanização de suas práticas e reflexões atuais e futuras, demonstrando que o ensino integrado da academia com os serviços pode efetivamente constituir-se em uma estratégia curricular formalmente planejada voltada para uma formação mais global e humanizada na graduação médica.

Palavras chave: 1. Educação Médica. 2. Currículo 3. Humanização. 4. Aprendizagem.

ABSTRACT

The historical design of medical under graduation curricula have evidenced the importance of diversification of learning sceneries, where the student can establish close contact with patients and their families since the very beginning of the course. Only practicing constantly the medical student will have the opportunity of developing the several dimensions of his future professional actuation, in a world that demands qualities such as creativity, autonomy in searching information and the ability of working in multiprofessional teams. Internal reflection becomes a key hole, as well as a humanistic vision of the patient, understanding and respecting his complexity as a human been. This work aimed at investigating if and how a longitudinal insertion of medical students can have an influence in their humanistic formation. Analyzing answers from questionnaires and interviews, we could observe that learning medicine in the community – particularly in home visits with “Community Health Agents”, has evoked deep reflections about the social insertion of the students and future doctors. Some of the subjects even considered working in primary care, in their future professional lives. In a way or in another, all subjects valued the curricular experience as an important component of their practices and reflections, suggesting that integration of academy and services may constitute a formal curricular planning aiming to a formation more global and humanized in medical undergraduation.

Key Words: 1. Medical Education. 2. Curriculum. 3. Humanization. 4. Learning .

LISTA DE ABREVIações

ACS	AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE
DCN	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
NOAS	NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PBL	PROBLEM BASED LEARNING
PISCO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PNHAH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNICID	UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO
VD	VISITA DOMICILIÁRIA

LISTA DE FIGURA E TABELAS

- FIGURA 1-** O Currículo e os Currículos
- TABELA I -** Número de alunos que participaram da pesquisa de acordo com suas etapas (semestres)
- TABELA II -** Quantidade de alunos que estiveram em uma UBS antes do curso médico
- TABELA III -** Quantidade de alunos que estiveram algum momento da vida (fora do PISCO) em lugares socialmente menos favorecidos.
- TABELA IV -** Quantidade de alunos que tinham algum conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e sobre o Programa de Saúde da Família, antes de ingressar no curso médico.
- TABELA V-** Resultados obtidos de acordo com os níveis de concordância.

***“Isso não é o fim.
Isso não é nem o começo do fim.
Mas talvez este seja o fim do começo...”***

W. Churchill

INTRODUÇÃO

Na humanização da medicina, cada vez mais, observa-se um movimento pró-religião e espiritualidade atingindo os profissionais da saúde. E atender e respeitar as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes parece adicionar um benefício não só ao paciente, mas também as suas famílias, que se sentem mais protegidas e amparadas. O que se deve humanizar? Recuperar a relação médico-paciente, a ética, a medicina de família, dar uma visão mais holística à profissão? Re-investir na formação dos médicos, por meio da humanização das escolas médicas? Re-humanizar o próprio médico? Qualquer médico sabe por experiência própria que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, ou social ou familiar. O profissional sabe que ela é orgânica e psíquica, social e familiar. Todos os sintomas formam um complexo conjunto de diferentes instâncias, quer seja orgânica, psicológica, social ou familiar (LOWN, 1997).

Em nosso meio, a partir de 2001, a formação superior em medicina é norteada pelas Diretrizes Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), que, por sua vez, emanam da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 2006), que extinguiram os “currículos mínimos” do ensino superior.

As Diretrizes Nacionais conferem, na graduação médica, uma ênfase especial a aspectos éticos e humanísticos, redimensionando não apenas o espectro da formação, mas também os espaços de ensino-aprendizagem, valorizando o convívio prático do estudante com o indivíduo e sua família desde o início do curso.

Em concordância com o documento legal, a educação profissional deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção de conteúdos essenciais deve ser feita com base em critérios

epidemiológicos e nas necessidades de saúde. Do ponto de vista metodológico, considerando tudo o que há acumulado a respeito do processo de aprendizagem de adultos, as Diretrizes enfatizam a utilização de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitam a construção dos conhecimentos a partir dos problemas da realidade, a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, a integração entre teoria e prática, bem como produção de conhecimento integrada à docência e às práticas cuidadoras (FEUERWERKER, 2002).

Byrne & Rosenthal (1994) consideram que a compreensão da dimensão humana tem sido desvalorizada nos cursos de Medicina, dificultando assim uma visão integral do paciente e a comunicação do estudante com ele.

Conforme afirmação anterior, a diversificação dos cenários de formação é compreendida como uma das estratégias para transformações curriculares, uma vez que aproxima os estudantes da vida cotidiana da população e desenvolve olhares críticos, ao envolvê-los com os reais problemas da população desde o início de sua formação. Cenários de aprendizagem não devem se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais tradicionalmente construídos, mas devem representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas, rompendo as barreiras das academias com os serviços. Uma das opções para tal diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece durante sua formação (em paralelo com as atividades acadêmicas intramuros) inserido longitudinalmente em um processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo para tanto, conhecimento e serviço de ações em saúde à população. Diferentemente de currículos que planejam estágios breves

e pontuais, principalmente em centros de saúde escola, este tipo de educação requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade, suscitando reflexões das práticas em saúde envolvidas para a construção de novos rumos para a atenção à saúde da população (FEUERWERKER, 2002).

Pensando nesta perspectiva de integração teórico-prática em cenários inerentes à comunidade, e graduada como Cirurgiã Dentista, com especialidade em Saúde Pública, inseri-me como docente na Universidade Cidade de São Paulo (UNICID). O Curso Médico da instituição estrutura seu projeto político pedagógico em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em particular na Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL – Problem Based Learning) e na Problematização junto à comunidade.

No Curso, a integração dos alunos na comunidade recebe o nome de Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO), e ocupa os quatro primeiros anos do currículo (aos quais se seguem os dois de Internato). Contando com um corpo docente multiprofissional, o PISCO insere os estudantes, distribuídos em grupos, nos diversos espaços onde ocorrem cuidados à saúde da comunidade, provocando reflexões das práticas em saúde envolvidas para a construção de novos rumos na atenção à saúde. Além de acompanharem e participarem de atendimentos em UBSs e espaços comunitários, o aluno estabelece contato com a realidade também por meio de visitas domiciliares (VDs), acompanhando Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em suas atividades do Programa de Saúde da Família (PSF). A perspectiva de integralidade deste contato com a comunidade é de extrema importância para a aproximação do estudante com a realidade das necessidades da população (particularmente na atenção à saúde), que

necessita de um serviço público, oferecendo oportunidade ao aluno do trabalho com cada integrante da família, na medida em que o curso vai se desenvolvendo. São realizadas várias ações com a população, sempre com integração ao trabalho do PSF, com graus de complexidade e responsabilidade crescentes, na evolução curricular.

A partir da observação das atividades do PISCO, surgiu um questionamento: Um programa que insira o estudante na comunidade atendida pelo SUS objetivando inicialmente expandir suas práticas como futuro médico e suas competências relacionais poderá constituir-se em uma estratégia privilegiada para a formação humanística do estudante, no âmbito da integralidade da educação médica?

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estudar, sob o ponto de vista dos discentes de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo, a influência do Programa de Integração em Saúde na Comunidade (PISCO) em sua formação humanística.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a visão e a evolução experimentada pelos estudantes, ao longo das atividades do PISCO, no que diz respeito à relação médico-paciente, no contexto da comunidade.

Identificar e discutir o PISCO como indutor de reflexões sobre suas próprias concepções e expectativas, tanto do ponto de vista pessoal como de sua futura prática profissional.

Caracterizar a influência do PISCO na formação humanística dos estudantes, mapeando as experiências curriculares que tiveram impacto neste aspecto da integralidade proposta para a formação.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. A PRÁTICA MÉDICA E A HUMANIZAÇÃO AO LONGO DOS SÉCULOS

"Em todo lugar e em todas as épocas houve médicos."

(JAEGER, 1986)

Os gregos utilizaram a matemática egípcia e a astronomia babilônica para fundamentar a filosofia e a lógica de sua medicina. Os médicos guerreiros conheciam ossos, juntas, músculos e tendões do corpo. A prática médica começou com os heróis-médicos, guerreiros conhecedores das artes da cura: cirurgias militares, que utilizavam largamente plantas medicinais. O médico era altamente considerado (PALERMO, 1989).

O mesmo autor afirma que o médico era o representante de uma cultura especial do mais alto grau metodológico e havia um saber ético de caráter prático, a personificação de uma moral profissional exemplar, a qual era invocada para inspirar confiança na estruturação das relações humanas. Em outros termos, o médico era o exemplo máximo a ser seguido pelas pessoas e pelas demais profissões, pois reunia no seu conjunto de funções a integração da prática com a ética.

Os médicos filósofos foram os pioneiros na racionalização da medicina. Hipócrates escreveu o primeiro tratado sobre climatologia médica, "Dos ares, das águas e dos lugares", acerca dos efeitos do clima e do meio ambiente

sobre as condições de saúde e doença, a difusão das epidemias, preocupando-se com a natureza da água e do alimento e com a natureza das próprias pessoas. Hipócrates incutiu uma visão mais científica em uma área dominada pela magia e pela superstição. Seus julgamentos eram cuidadosos e moderados (SOUZA MELO, 1989). É sabido que, para aquele que é considerado o “pai da medicina ocidental”, o homem era visto em uma dimensão de integralidade, desde a realização da anamnese (uma “trajetória ao longo da memória”) até tentativas de compreensão de sintomas e moléstias e proposições terapêuticas.

Para Brandão, (1990), a medicina “racional”, distanciada de superstições e mitos, foi uma invenção dos gregos. Com o advento dos filósofos pré-socráticos, que investigaram a estrutura do mundo natural sem recorrer a explicações míticas ou místicas, a Medicina começou a sair da esfera da magia e a entrar progressivamente no domínio da ciência. Por volta da metade do século V a.C. os médicos gregos já haviam desenvolvido teorias para explicar o funcionamento do corpo humano e o mecanismo de doenças. Este conhecimento mostrou-se, posteriormente, “inexato”, porém intrinsecamente consistente com os conhecimentos científicos da época. Contudo, os princípios de higiene, alimentação e exercícios que utilizavam no tratamento dos doentes eram válidos em grande parte e são válidos até o presente. Não era requerida, todavia, nenhuma qualificação formal, e ao lado de médicos sérios proliferavam muitos charlatões. Todos os sofrimentos do corpo eram da alçada do médico. A medicina atual guarda ainda, sem dúvida, princípios essencialmente hipocráticos.

Segundo Dilthey (1979), o ideal humanista clássico, originário da Antigüidade Grega, aspirava que o homem alcançasse sua essência por meio da valorização do bem, do belo e do senso de justiça. Buscava a compreensão das misérias humanas procurando superá-las.

Avançando alguns séculos, o pensamento humanista renascentista resultou de um contexto histórico, gerado por circunstâncias sociais e políticas peculiares, em especial pelo desmoronamento do sistema teológico medieval.

Em suas origens, há oposição entre os intelectuais medievais e os humanistas. O intelectual medieval é considerado como profundamente antintelectualista, mais literário que científico, mais fideísta que racionalista, seguindo um referencial escolástico. Além de intelectualmente diferentes, os humanistas muito se distanciam, do ponto de vista social, dos intelectuais medievais. O meio do humanista é a realidade, como um viajante que vai buscar o conhecimento através da experiência empírica, enquanto o medieval enclausurava-se na Academia fechada e a na corte. A história perpetuou a imagem do intelectual medieval em um ambiente abastado, luxuoso e belo, entregue ao ócio e as letras, situando o humanista renascentista em um febril ambiente urbano, aberto a todos, inquieto em fazer progredir todas as técnicas e articulá-las dentro de um contexto comum (LE GOFF, 1993).

Segundo Mertens (1999), o Humanismo surgiu na Itália do século XIV, consistindo na crença da formação de um homem integral, bom cidadão, culto e de bom gosto, que soubesse apreciar a beleza e que encontrasse prazer na busca do conhecimento (BOLOGNA, 1999). Difunde-se, então, para toda a Europa, sendo seus representantes mais importantes: Petrarca, Salutati, Alberti,

Valla (Itália), Erasmo (Holanda), Morus (Inglaterra) e Montaigne (França). No centro do pensamento humanista encontra-se o homem, ao qual subordinam-se os temas da natureza, da história e da língua. A designação de Humanismo é derivada dos chamados *studia humanitatis*, inspirados por sua vez no conceito clássico de *humanitas*, cujo caráter era eminentemente educacional e encontrava-se intimamente associado a um processo de transformação da própria noção de indivíduo, que, valorizando o ser humano enquanto tal, passou a preocupar-se justamente com aquilo que dá a ele seu caráter propriamente humano, ou seja, sua natureza.

Hernández, (1995) descreve que, nessa época, a medicina participava e contribuía fortemente para o desenvolvimento dessas características do movimento humanista. Dentre os primeiros médicos humanistas, encontrava-se Tomás Linacre (1460-1524) e Johannes Günther (1487-1574), considerados mais como homens de letras que anatomistas. Esses médicos dedicaram a maior parte de suas vidas às traduções para o latim de Hipócrates, mais preocupados em consolidar os textos de autores clássicos do que realizar observações empíricas.

Tais características do humanismo clássico na Medicina contribuíram para consolidar ainda mais a desvalorização do trabalho manual e também perpetuar a separação entre teoria e prática, ciência e técnica. Esse movimento tem como uma das principais consequências a promulgação de decretos e estatutos que regulamentam a atuação e o lugar social dos médicos e cirurgiões letrados e dos barbeiros. Na prática, isto é explicitado pelas atribuições que se destinam aos barbeiros de fazerem pequenas cirurgias,

vender unguentos, fazer sangrias, curar feridas. Foram essas divergências que fizeram com que o humanismo fosse considerado como um obstáculo ao desenvolvimento científico e, também, o responsável pela perpetuação, até os dias de hoje, das separações entre trabalho manual e intelectual, teoria e prática, ciência e técnica. No entanto, a contribuição dos humanistas para o próprio desenvolvimento científico foi de especial relevância em diversas áreas, em especial na Matemática, Física e Biologia. Na Medicina, especialmente, foram os responsáveis, além da tradução e da divulgação dos antigos teóricos da medicina, pela substituição de Galeno por Hipócrates como principal referência da Medicina, representando um impulso para a prática médica científica. As críticas dos escolásticos da época aos humanistas foram provocadas pela referência e devoção aos textos clássicos que estes últimos tinham despertado, tornando-se alvos de hostilidade, por buscar ver o mundo de outra forma (LE GOFF, 1993; HERNÁNDEZ, 1995).

Atualmente, a discussão acerca do humanismo desenvolve-se sob uma perspectiva bastante diferente, relacionada a uma preocupação pedagógica e ao ensejo de formar um homem capacitado para a arte de viver e de pensar (GARCIA-MANZO, 1993).

Hernández (1995) menciona que, no que se refere à atitude médica, importa que a pessoa seja concebida não apenas em termos de suas características biológicas, mas, fundamentalmente, integração destas com peculiaridades psicológicas, espirituais e sociais que configuram o indivíduo.

Entretanto, com Descartes, no Séc. XVII emergiu o pensamento filosófico que pressupunha a separação, no ser humano, da mente e do corpo, com o

conceito do corpo como uma máquina composta por vários aparelhos (respiratório, circulatório, digestivo e excretor, dentre outros, incluindo seus respectivos órgãos), sendo a doença uma entidade nosológica com uma etiologia, patologia, e manifestações clínicas, decorrente de uma alteração estrutural e/ou funcional dos mecanismos biológicos dos respectivos órgãos ou aparelhos. Tal modelo fragmenta o ser humano doente e busca uma disfunção de um aparelho, parte de um todo. Uma metáfora bastante utilizada aproxima a visão do doente à de uma máquina defeituosa, em decorrência da disfunção de uma peça, a ser identificada e reparada. Esta visão reducionista afasta a Medicina do cuidado integral do ser humano como uma pessoa que, para além do seu corpo, tem espírito (psique), e não vive só, mas integrado num grupo social e num meio ecológico (SILVA, 2004).

Assim, Thorwald (1989) relata que a medicina Iluminista divinizou a ciência, buscando reduzir todos os processos intelectuais e morais a preciosos princípios newtonianos de matéria, movimento, espaço, tempo e força. Homens talentosos descobriram dados básicos em Química e Física, que indiretamente beneficiaram o progresso da Medicina. Este ideário contribuiu para a tendência à especialização, nas diversas áreas do conhecimento, que dominou principalmente o século XX.

O mesmo autor refere que o século XIX produziu mudanças mais radicais na estrutura da sociedade humana do que os mil anos anteriores. O mais revolucionário pensador do século foi Charles Robert Darwin, cuja teoria da origem das espécies, dividiu o mundo vitoriano, desencadeando décadas de debates entre cientistas e entre os naturalistas e o clero. O legado mais

interessante do século XIX foi o trabalho do francês Marie-François Xavier Bichat (1771-1802). Ele desenvolveu a idéia de que o corpo vivo não era apenas uma associação de órgãos que podiam ser estudados em separado, mas uma intrincada rede de “membranas” ou tecidos. Para ele o tecido era uma unidade fisiológica e morfológica da criatura viva, independentemente do órgão do qual era derivado. A ambição de Bichat, frustrada por sua morte prematura, era transformar a Medicina em uma ciência exata, baseada na Anatomia e na Patologia. A teoria microbial da doença, uma das maiores contribuições do século à Medicina, veio de um cientista que não era médico, chamado Louis Pasteur (1822-1895). Em seu precário laboratório mal iluminado, Pasteur fez sua histórica contribuição à Imunologia, com vacinas de vírus contra a cólera nas galinhas, o carbúnculo nos porcos e a raiva. Ele observou os efeitos do *Penicillium glaucum* em fermentos e demonstrou que as bactérias podiam ser usadas umas contra as outras. Robert Koch (1845-1910) descobre o bacilo da tuberculose e relata que a peste bubônica é quase sempre transmitida pela pulga do rato. Junto com estas, diversas outras conquistas da ciência foram integradas aos recursos diagnósticos e terapêuticos da medicina.

Assim, a medicina passou a depender em grande parte das ciências básicas. O laboratório assumiu papel dominante nos problemas relativos à doença e à morte.

O desenvolvimento das análises laboratoriais e de outros métodos clínicos incrementaram consideravelmente a formulação dos diagnósticos, assim como o aparecimento de medicamentos como a penicilina começou a

propiciar aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes na história (GALLIAN, 2001).

Tal realidade mudou a imagem do médico, de um homem com saberes mágicos e poderes miraculosos, para um profissional de caráter filosófico que valorizava principalmente as conclusões baseadas em fatos. A corrente que conduziu a Medicina aos caminhos do diagnóstico clínico-laboratorial e à especialização despontou no fim do século XIX e dominou o século XX.

Voltando-se para os processos de formação profissional, Muller (1983) afirma que o significativo desenvolvimento científico da medicina e a crescente incorporação à profissão de recursos tecnológicos expressivos impulsionaram a educação médica para a Biologia Humana e para as Ciências Físicas e diminuíram, consideravelmente, o espaço para o estudo dos conteúdos humanísticos. Esta trajetória é, sem dúvida, um dos fatores responsáveis pela formação da imagem pública do médico como um profissional distante do seu paciente ou da comunidade onde atua e próximo, até o limite de dependência, de equipamentos, que passaram a ser indispensáveis ao seu exercício profissional.

A insatisfação da sociedade com a medicina cresceu, a despeito do progresso real alcançado. Muitos pacientes temem a técnica médica e sentem-se com um profundo senso de alienação de seus médicos. Muitos pacientes tendem a ver os médicos mais como técnicos do que como cuidadores. Por outro lado, o médico sente-se cada vez mais premido pela necessidade de atender a vários pacientes em pouco tempo, pela “propaganda” da tecnologia que, se usada adequadamente, tem grande valor, e tem-se distanciado cada