



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



GIOVANA KHARFAN DE LIMA

ABORDAGEM DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO
PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CURSO DE
MEDICINA: NARRATIVAS E REFLEXÕES SOBRE
MINHA TRAJETÓRIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO CARLOS

SÃO CARLOS -SP
2020

GIOVANA KHARFAN DE LIMA

ABORDAGEM DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO
CURSO DE MEDICINA: NARRATIVAS E REFLEXÕES SOBRE MINHA TRAJETÓRIA NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de
São Carlos, para obtenção do título de
bacharel em medicina.

Orientadora: Joyce do Rosário Martins
Co-orientador: Willian Fernandes Luna

São Carlos-SP
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Medicina

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Giovana Kharfan de Lima, apresentado em 12/11/2020:



Prof. Dra. Joyce do Rosário Martins
Universidade Federal de São Carlos



Prof. Me. Willian Fernandes Luna
Universidade Federal de São Carlos

São Carlos, 12 de novembro de 2020

Este trabalho é dedicado a todos que acreditam na e
que lutam por uma saúde para muito além do biomédico.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Carlos Adalberto e Débora, por serem fonte de todo amor, incentivo, apoio e acolhida que pode existir.

À minha irmã, Mariana, por todos os risos compartilhados que tornaram esse caminho mais leve.

Aos meus amados companheiros de grupo, os “Intercomunas”, por serem meus raios de sol, mesmo em dias nublados.

Ao meu professor, mestre e guia de muitos passos dessa caminhada, Willian.

Aos pacientes que, de corpo, alma e histórias, se expuseram e tanto me ensinaram.

E à vida, ao nascer e ao morrer, por tantas oportunidades e por mais essa aventura.

“Vale, pero millones de veces más la vida de un solo ser humano, que todas las propiedades del hombre más rico de la tierra.” – Ernesto “Che” Guevara

RESUMO

O fazer em saúde resulta da apropriação de conceitos, ideias, valores e condutas pelos profissionais e usuários dos serviços. Está relacionado a um determinado momento histórico-social, cultural, político e tecnológico, refletindo a formação dos profissionais médicos. Ao longo do tempo, vários foram os paradigmas elaborados, e incorporados aos currículos de graduação em medicina, sobre o processo saúde-doença. Dentre eles, o modelo biopsicossocial é o adotado no currículo de graduação em medicina da Universidade Federal de São Carlos. Contudo, seria esse modelo tão crítico-reflexivo quanto as demandas em atendimento em saúde experienciadas pelos discentes do citado curso? Para pensar sobre essa questão, foram trazidas narrativas sobre experiências vivenciadas pela autora durante a graduação, instigando revisão sobre a determinação social do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Determinação social. Processo de saúde-doença. Educação médica. Currículo médico. Narrativa.

ABSTRACT

The doing method in health field is achieved through the acquisition of concepts, ideas, values and conduct of Professional sandusers of the services. It is tied to some specific historical, social, cultural, political and technological moment and reflects the formation of the medical professional. As time goes by, there have been several established paradigms which were incorporated to the medical course curriculum, about the health-illness care process. Amid all of them, the biopsychosocial is the one adopted at medical course curriculum at Federal University in São Carlos. Nevertheless, would that pattern be as critical-reflexive as the demands in medical care system experienced by the students in that course? In order to think about such a question, some narratives experienced by the author during her graduation time were highlighted, prompting some review over the social determination of health-illness care process.

Key Words: Social Determination. Health-illness process. Medical Education. Medical course curriculum. Narrative.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3	RESULTADOS.....	18
3.1	Primeiro ciclo e Expectativas iniciais.....	18
3.2	Segundo ciclo.....	19
3.3	Terceiro ciclo.....	20
3.4	A pandemia.....	21
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
6	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O fazer em saúde resulta da apropriação de conceitos, ideias, valores e condutas pelos profissionais e usuários dos serviços. Remete a um determinado momento histórico-social, cultural, político e tecnológico (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Ao longo do tempo, tais conceitos, ideias, valores e condutas sofrem transformações que refletem não só no fazer em saúde, mas também na formação de profissionais dessa área.

Nos séculos XVI a XVIII, a Revolução Científica trouxe inúmeras contribuições para a ciência dentre as quais, aqui se destaca, a doutrina cartesiana. Este produto da ciência moderna compreende o corpo humano enquanto máquina, ou seja, um mecanismo em funcionamento para desempenho de determinadas atividades (SANTOS, 2018). De acordo com essa concepção mecanicista de ser humano e de sociedade, tem-se a afirmação de Descartes que o

corpo é uma máquina composta de ossos e carne [...] feita pelas mãos de Deus [...] incomparavelmente mais bem organizada e capaz de movimentos mais admiráveis do que qualquer uma das [máquinas] que possam ser criadas pelos homens (DESCARTES, 1999a, p. 81; 1999b, p. 259 *apud* KIM, 2013, p. 88).

A partir desse contexto, a ciência foi sendo cada vez mais valorizada e os saberes, intelectualizados. Com a Revolução Industrial, nos séculos XVIII e XIX, houve ruptura fundamental entre saúde e medicina, substituindo a terapêutica baseada na fusão do corpo e alma pelo estudo dos órgãos, células e suas doenças (CASTRO et al., 2015). O paradigma biomecânico, então, ganhava espaço na medicina ocidental, distanciando as relações econômicas e comunitárias (QUEIROZ, 1986). Assim, o desenvolvimento da sociedade industrial ficou marcado pela produtividade, consumo e eficiência.

Com a hegemonia da nova medicina cartesiana, surgiram novas formas de se interpretar os fundamentos do fisiológico e do patológico. Foram propostos modelos revolucionários sobre a gênese de doenças, aproximando a medicina de causas singulares (LUNA; BERNARDES, 2016) e afastando as enfermidades do coletivo – adoecer então demandava implicações individuais que não impactavam a sociedade

como um todo. Desse modo, a “teoria da tragédia pessoal” servia à individualização dos problemas, deixando intactas as estruturas sociais e econômicas (SANTOS, 2018).

O desenvolvimento e a expansão da medicina científica e do modelo biomédico serviram também à afirmação do novo sistema produtivo, intervindo e moldando o corpo humano com base nas necessidades de produção (QUEIROZ, 1986). A formação dos médicos, nesse contexto, foi então marcada pela publicação, nos Estados Unidos da América, do Relatório Flexner em 1910. Dentre as recomendações deste documento estava a de que o ensino de medicina fosse estruturado sobre um alicerce científico, o que culminou na fragmentação do indivíduo e intensa especialização do profissional (LUNA; BERNARDES, 2016). Com isso, o relatório contribuiu para uma reorientação dos currículos na área da saúde, enfocando a doença, os órgãos e os sistemas, ao passo em que relegava as dimensões psicológicas, culturais e sociais (LUNA; BERNARDES, 2016).

Algumas décadas após, entre os anos 1950-1970, nasce o modelo da história natural da doença. Delineado por Leavell e Clarck, este modelo explicativo multicausal privilegia a visão positiva da saúde e seu entendimento como um processo (PUTTINI et al., 2010). O conceito de saúde ganha estruturação explicativa proporcionada pelo esquema da tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente). Assim, ficam expostos dois domínios de saúde e doença: o meio externo, onde interagem agentes físicos, biológicos, sociopolíticos e culturais em relação com o meio ambiente; e o meio interno, no qual se processam modificações químicas, fisiológicas e histológicas próprias da enfermidade no indivíduo doente (PUTTINI et al., 2010).

Apesar de poder representar um avanço na compreensão do processo saúde-doença, este modelo ainda recebe forte influência do hegemônico modelo biomédico. Autores como Almeida Filho e Rouquayrol afirmam que há uma tendência em valorizar de modo secundário os determinantes sociais, expondo que: a) a determinação dos fenômenos da saúde não se restringe a causalidade das patologias (patogênese) e; b) a história natural das doenças de maneira nenhuma é to somente natural (PUTTINI et al., 2010).

Esse modelo ainda biomédico, mecanicista e centrado na doença, foi se demonstrando insuficiente em responder às demandas em saúde. Em resposta à sua dicotomia, é sugerida a incorporação da abordagem biopsicossocial. A autoria

do modelo biopsicossocial é atribuída ao psiquiatra George L. Engel, que em 1977 escreveu o artigo *The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* e, no ano seguinte, *The biopsychosocial model and the education of health professional*. Nessas obras, discorreu sobre a necessidade de humanizar os procedimentos médicos e a ciência clínica referentes ao entendimento da relação saúde-doença, a começar pelo ensino da medicina, nas faculdades e nos hospitais-escola.

O modelo biopsicossocial desenvolveu a concepção

de que a doença não é somente unicausal como visto no modelo biomédico, mas seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais (FAVA; SONINO, 2008) e também da crítica de que a relação saúde-doença é um processo, portanto sem ponto fixo, mas sim um estado. (COSTA, 2013, s/p)

Nessa direção, diversos autores definem o papel do profissional de saúde como cuidador, que implica a substituição do termo tratar pelo cuidar, no qual tratar pressupõe um diagnóstico e cuidar tornaria possível uma visão ampliada do sujeito alvo dos cuidados (PEREIRA et al., 2011). Esses autores enfatizam o caráter essencialmente relacional deste cuidado, privilegiando-se a produção de sentidos resultante do encontro de subjetividades (PEREIRA et al., 2011), e considerando quem se apresenta para ser cuidado como um ser único, que tem uma história, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir, se relacionar e se expressar, promovendo olhar para a pessoa além da doença que apresenta. Esse encontro de subjetividades poderia também contribuir para a emancipação dos sujeitos alvo de cuidados, possibilitando participação mais ativa destes na produção de sua saúde, assim como maior protagonismo em relação a aspectos pessoais e sociais.

Os apontamentos de Engel foram tomados como norte de reorientação para o ensino superior médico que, em crises mundiais, mostrava a necessidade de uma reforma. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Saúde (DCN) sinalizam claramente para mudanças no processo de ensino e aprendizagem das instituições de ensino superior, sugerindo mudanças

que ajudem a superar problemas, como a excessiva tendência à formação especializada (CASTRO et al, 2015). Percebeu-se que a formação médica deveria englobar outros fatores, além do componente biológico que preponderava até então, como os psicológicos e os sociais, no processo de cuidado em saúde. Apesar de notável resistência à incorporação dessa abordagem por diversas instituições de ensino superior em saúde, provavelmente por influência marcante do cartesianismo, foi este o modelo adotado pelo Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Em seu Projeto Político Pedagógico, consta que o estudante deve ser capaz de identificar e explicar os fenômenos envolvidos no processo saúde-doença a partir de

- bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, a partir das situações-problema e na perspectiva médica; e
- determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades. (CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE, 2008)

Porém, apesar dos avanços do modelo biopsicossocial em relação ao modelo biomédico, há de se considerar que o abarcamento das relações sociais de classe e de trabalho nesse conceito é tangencial. Em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi assinada a Carta de Ottawa que influenciou e influencia a área da saúde pública. Este documento coloca como pré-requisitos básicos para que uma população seja considerada saudável: paz; habitação adequada em tamanho por habitante, em condições adequadas de conforto térmico; educação pelo menos fundamental; alimentação imprescindível para o crescimento e desenvolvimento das crianças e necessária para a reposição da força de trabalho; renda decorrente da inserção no mercado de trabalho, adequada para cobrir as necessidades básicas de alimentação, vestuário e lazer; ecossistema saudável preservado e não poluído; justiça social e equidade, garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos. Nesse sentido, aponta que a sociedade pode produzir tanto a saúde com a doença. A compreensão sobre saúde passa de uma condição

de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

O raciocínio epidemiológico tradicional do processo saúde-doença dirige o olhar para os transtornos biológicos e/ou psíquicos existentes em um dado conjunto de indivíduos e para as respectivas características individuais, sem, contudo, considerar a posição ocupada por esses indivíduos no processo produtivo. Para Breilh e Granda, a classe social é um pressuposto primordial para o conhecimento epidemiológico. Interessa, portanto, sistematizar e estudar com maior especificidade os variados processos que resultam em condições de vida e saúde numa dada coletividade. Importa trazer à tona conhecimentos causais da reprodução social das doenças e da saúde ligados ao processo das classes sociais e das condições de trabalho e descobrir valores e contravalores relacionados à saúde e à vida dos indivíduos de uma população.

No Brasil, desde a década de 1970, as críticas à epidemiologia clássica ganharam força significativa no movimento sanitarista e nomes como de Sérgio Arouca ganharam destaque. Com a mesma preocupação de época em busca da fundamentação da Medicina Social como campo de conhecimento, Sérgio Arouca reforçou a crítica ao modelo clássico da epidemiologia biomédica através da desconstrução do dilema preventivista contemplado no modelo epidemiológico de Leavell e Clark. Segundo Almeida Filho, na década de 1970 esse intenso esforço de produção teórica no campo da saúde também servia para alimentar a luta ideológica de resistência contra a ditadura militar, com recriação crítica ou reelaboração de conceitos, como prevenção, mercado de trabalho, prática médica, raízes sociais do trabalho médico, entre outros. No final do século XX, com a queda da ditadura e a abertura política gradual, o país iniciava a redemocratização política e a reorganização de suas instituições, havendo importante influência do movimento da Reforma Sanitária e a consequente proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal Brasileira de 1988. Esta porém, inspirada na Conferência Nacional de Saúde de 1986, teve seu capítulo sobre Saúde ainda marcado pelo paradigma da produção social da saúde (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Neste documento inicial, saúde foi definida como direito universal e resultante de condições de vida e trabalho,

garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 apud SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Além de Arouca, outros autores se dedicaram a explicar o processo de determinação social da saúde-doença, demonstrando as fragilidades do modelo biopsicossocial. Neste trabalho, se destaca a epidemiologia social latino-americana, a qual trabalha a partir e entende suas sociedades como complexas e contraditórias, com privações e carências sociais e com desigualdades diante do acesso a recursos econômicos (ALMEIDA-FILHO, 2004). Esta é colocada em contraste com o modelo biopsicossocial de saúde-doença proposto pelo currículo do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e com as experiências pessoais vivenciadas ao longo desses anos de curso. Questiona-se se os modelos ainda fortemente influenciados pelo biomédico acolhem e promovem postura crítica diante da estrutura social que o profissional médico em formação atua.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A elaboração deste trabalho baseou-se nas experiências vivenciadas ao longo da graduação em medicina na UFSCar. Para tanto, narrativas foram confeccionadas, reconstruindo e recordando vivências significativas em cada um dos ciclos do curso. Assim, as experiências foram livremente transcritas e, a partir delas, são construídas reflexões sobre o papel da determinação social do processo saúde-doença na formação de profissionais médicos.

A escolha por narrativas se deu pelo intuito e pela necessidade da autora em trazer seus registros e suas experiências, contando sobre o que lhe foi real e não necessariamente sobre os fatos tal como ocorreram. A narrativa foi compreendida a partir da visão de Walter Benjamin, em uma relação entre experiência, tempo e memória, num ato de narrar que não busca ser um romance, nem um relatório, mas uma história tecida da própria reminiscência. Para o autor, a narrativa não é um excesso de explicações, mas uma forma artesanal de comunicar as experiências na forma de histórias, sem a intenção de transmitir informações, mas sim conteúdos (LUNA et al, 2020). As narrativas, portanto, são o meio para se adquirir profundidade em aspectos específicos e compreender relações entre estrutura e ação social (LUNA et al, 2020).

O conceito de experiência aqui aplicado, por sua vez, se remete a Larrosa Bondía. Para Bondía, experiência é aquilo que transforma o sujeito que a vive, não sendo apenas o que acontece, mas o que o toca (LARROSA BONDIA, 2002). Assim, foram rememoradas experiências fundamentais ao longo da graduação, distribuídas ao longo dos ciclos, e no recorte temático proposto por esse trabalho.

Por fim, realizou-se pesquisa revisionista sobre os modelos explicativos do processo saúde-doença ao longo do tempo. A seleção das publicações foi motivada pela capacidade de síntese na retomada histórica deste aspecto da medicina, bem como pela referência ao processo na América Latina e Brasil. Os resultados encontrados, então, serviram de reflexão para as experiências narradas e que foram vivenciadas em um currículo de abordagem biopsicossocial.

3 RESULTADOS

3.1. Primeiro Ciclo e Expectativas Iniciais

[...] Dessa forma, criei expectativas em relação ao âmbito técnico do curso, bem como no de atuação profissional. Espero conseguir me adaptar a essa revolucionária metodologia de estudos e aproveitá-la ao máximo, contribuindo para que as promissoras colocações do nosso curso se mantenham ou melhorem. Além disso, almejo me tornar uma profissional ética e humanizada, capaz de tratar o paciente horizontalmente e entendê-lo integralmente, considerando seus âmbitos biológico, psicossocial, econômico e cultural, de acordo com o previsto no Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina.

Por fim, anseio ser mais do que uma profissional da saúde. Desejo poder contribuir como agente transformadora da sociedade, considerando a natureza complexa da realidade e seus impactos na vida dos pacientes. Assim, talvez consiga contribuir, ao menos minimamente, para melhorar não só o aspecto individual da saúde, mas também o coletivo.

3.2. Segundo Ciclo

Dona Luzia foi a primeira paciente que fez silenciar nossa sala de discussão. Lembro-me que sua história fez também os olhos de nossa docente marejarem. Percebi que o sentimento de impotência não era só meu. Eu não estava me sentindo insuficiente sozinha.

Luzia tinha 49 anos no papel, mas sua pele tinha marcas de outras décadas. Era moradora da favela, como ela mesma dizia. Buscou atendimento na Unidade Básica de Saúde de seu território e me contou sobre sua dor nas costas. Eu, aprendiz, me dediquei à anamnese, à história da doença atual, mas Luzia precisava mesmo era contar a sua história. E não a história da doença.

Luzia trabalhava como coletora de materiais recicláveis e essa era sua única fonte de renda. Morava em seu barraco com um filho moço – “ele tem problemas com drogas e ‘tá jurado de morte aqui.’”. Luzia andava durante todo o dia com seu carrinho e não conseguia descansar à noite. Dizia que ficava ouvindo a rua, aguardando o filho voltar – e sempre com aquele medo de que não voltasse. No último mês, ele havia vendido as panelas da casa. “Agora nem panela tem mais!”. A alimentação, arroz ou café. “A gente escolhe o que vai comprar naquele mês. E é sempre uma refeição por dia.”. Perguntei sobre contato com o serviço de assistência social. “A gente até ganhou cesta básica uma época. Mas eu chegava em casa e ele tinha vendido tudo.”. E o Bom Prato? “Não tenho como pagar o ônibus para chegar até lá.”.

Luzia tinha hipertrofia da musculatura paravertebral – certamente ocasionada pelo exaustivo esforço físico demandado pelo trabalho. Relaxante muscular não quis, porque precisava ficar acordada, vigiando a porta, esperando o filho voltar. “Mas vocês podiam me passar uma coisa para eu dar para ele, né? Se ele dormisse, eu conseguiria descansar também.”. Mas a gente não podia, o filho não tinha passado em consulta e não poderíamos arriscar as interações medicamentosas com bebida alcoólica.

Pois Luzia saiu da consulta com a receita de um anti-inflamatório e o pedido de uma radiografia de coluna. E eu permaneci naquela consulta – com os olhos úmidos, o coração apertado, o peito cheio de indignação e a certeza de que a saúde não cabia mesmo naquele consultório.

3.3. Terceiro Ciclo

Estágio curricular eletivo em Urgências e Emergências Clínicas. A campanha anuncia a chegada do SAMU. Na ambulância, vinha indivíduo sem documento, achado na beira da rodovia. “Transeuntes ligaram e nós recolhemos.”.

O indivíduo era Pedro, com seus 56 anos de história. “Poxa vida, eu tinha só deitado para descansar um pouco, que o sol apertou. Agora me voltaram um pedaço grande da caminhada!”. Os últimos meses dos 56 anos de história de Pedro eram um tanto confusos, mas o fato é que sua família vivia em Osasco e ele estava em São Carlos, aparentemente buscando emprego – que não encontrou. Naquele dia, tinha atravessado grande parte da cidade e adentrara a rodovia – com sorte e com algumas caronas, chegaria, quem sabe, a Osasco. Mas fazia três dias que Pedro não se alimentava – “Eu como o que o pessoal me dá, né? Às vezes alguém me paga algum marmitta e é bom.”. E fazia um dia todo que não bebia água. E o sol apertou. Teve sensação de desmaio, escurecimento da vista, palpitação ou tem histórico de convulsão? “Não, filha, não perdi a consciência nenhum minuto. Eu só deitei mesmo para descansar um pouco.”.

Finalizamos o atendimento de Pedro no sistema, sem prescrição alguma. Não que ele não precisasse, mas o sistema não tinha como opções “água” e “almoço”. Essa foi a prescrição de Pedro: água, almoço, banho e roupas limpas. Para a caminhada, garrafas de água e biscoitos. Pedro foi trazido ao hospital, pelo SAMU, porque precisava de água e comida.

E eu achava que esses eram direitos básicos. A saúde, de fato, não cabia naquele consultório.

3.4. A pandemia

Pronto socorro de sintomáticos respiratórios. Pandemia do novo coronavírus.

Eu tensa, preocupada com meus equipamentos de proteção individual, checando e re-checando a vedação da máscara, tentando cobrir os centímetros todos da sala de atendimento com álcool, troca a luva, será que não me contaminei, tomara que não tenha errado nada e contaminado alguém.

E, no meio disso tudo, não consegui me fixar ao nome da paciente. Porém, claramente me recordo de estar discorrendo sobre todas as orientações e recomendações para aqueles com sintomas respiratórios – que era seu caso. “E a gente também indica que você permaneça, nesse período, em um cômodo isolada da sua casa, com distanciamento dos demais familiares e...”

“Moça, mas minha casa só tem um cômodo.”

A saúde nunca coube no consultório. Naquele então, pequeno e formatado, ajustado para tempos de pandemia, não conseguiu passar nem pela porta.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante o preparo deste trabalho de conclusão de curso, encontrei a narrativa apresentada na seção “Primeiro ciclo e Expectativas iniciais”, produzida por mim, em uma das primeiras atividades curriculares do curso de medicina da UFSCar. Em verdade, fiquei surpresa em notar que já no início, sem tantos acúmulos teóricos sobre processo e modelos de saúde-doença, existia a ideia de “contribuir, ao menos minimamente, para melhorar não só o aspecto individual da saúde, mas também o coletivo.”.

Naquele ponto do curso, ainda não havia escutado sobre o modelo biopsicossocial de saúde-doença. Algumas semanas depois, estudamos sobre a evolução dos modelos médicos, relatório Flexner e, brevemente, sobre a estruturação SUS. Fiquei, então, ainda mais envolvida com o que nosso currículo nos apresentava: não seríamos profissionais superespecializados e trataríamos de pessoas, não de doenças. A proposta de nosso currículo era revolucionária!

Com a progressão das atividades, enfim surgiu o termo “biopsicossocial”, porém não foi colocado como um modelo de abordagem do processo saúde-doença ou como um paradigma epidemiológico. Era um conceito que abrangia o que não cabia em nossas questões orientadoras de estudo sobre as células, os órgãos, os sistemas, a fisiologia e a patologia. O biopsicossocial foi se tornando um jargão – e o que se estudava se desse tempo.

Uma melhor compreensão do que era, de fato, o modelo biopsicossocial do processo saúde-doença me foi permitida através de participação em eventos, especialmente os organizados e liderados pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). O biopsicossocial é o paradigma epidemiológico em que se apoia nosso currículo, mas fui entendê-lo de fato em atividades extracurriculares. E foi só com a elaboração do presente trabalho que me dei conta de que, talvez, os ideais desse modelo reflitam mesmo na sua aplicação na formação médica: ao passo que se coloca como vanguardista, entendemos nosso currículo como revolucionário; porém, enquanto se baseia em conceitos biomédicos, nós o aplicávamos para análise individual dos casos. Comunidade, reprodução social, processo de trabalho e desigualdade em saúde não faziam parte e não cabiam em nossas discussões teóricas.

Foi na segunda metade do século 20 que o filósofo político John Rawls, retomando os preceitos aristotélicos de igualdade vertical e horizontal, propôs a teoria da justiça que considera a categoria das liberdades básicas como definidora da autonomia individual. Esta sua teoria propõe igualdade de oportunidades e de distribuição de bens e serviços de necessidades básicas, porém não lista saúde como uma delas. Segundo Rawls, saúde é definida enquanto bem natural, na medida em que depende de recursos individuais da saúde (ALMEIDA-FILHO, 2009).

Anos depois, nas décadas de 1980 e 1990, Amartya Sen surge com alternativa crítica à teoria de justiça de Rawls. Ainda hoje hegemônico em formulações teóricas sobre desigualdades de renda e de saúde, Sen baseou-se na ideia de justiça distributiva, postulando que soluções de equidade distributiva poderiam remediar desigualdades pré-existentes. Contudo, essa reparação dependeria da aceitabilidade ou legitimação social da solução distributiva escolhida (ALMEIDA-FILHO, 2009), de modo que a estrutura social deveria primar pela equidade entre desiguais. A escolha deveria ser pela distribuição, de renda e de saúde, de acordo com as necessidades e não de acordo com os merecimentos, como se pratica nas sociedades capitalistas.

No eixo principal de sua obra, Sen utilizava o conceito de saúde com dois sentidos: um como “capacidades potenciais”, referindo-se ao plano individual, e outro como esfera da saúde, coletivamente definida no plano socioinstitucional (ALMEIDA-FILHO, 2009). Essa esfera de saúde seria afetada por estruturas sociais, processos políticos perversos e políticas de governo sem equidade, gerando injustiça social. Essas desigualdades, moralmente inaceitáveis, seriam geradoras de indignação (ALMEIDA-FILHO, 2009), assim como as experienciadas pela autora desse trabalho de conclusão de curso e narradas na seção anterior.

Pensar a dimensão da desigualdade em saúde é uma questão bioética fundamental. As desigualdades relacionadas à renda, à educação, à classe social e ao trabalho determinam o modo que o indivíduo vive em sociedade, extrapolando suas “capacidades potenciais” de produzir saúde de modo individual. Essas desigualdades interferem na esfera da saúde e são vergonhosas, indignas e despertam sentimentos de aversão (ALMEIDA-FILHO, 2009).

As teorias sociais de determinação de saúde ainda padecem de omissões e desinteresse no discurso dominante sobre desigualdades em saúde (ALMEIDA-

FILHO, 2009). Porém, se o interesse é de superá-las, é preciso conhecer melhor a dinâmica da determinação social das desigualdades, começando pela abordagem curricular da determinação social do processo saúde-doença. É preciso avançar do biopsicossocial, correspondente ao plano individual de saúde de Sen, para a saúde e a doença socialmente construídas.

Seguindo as ideias de Chen *et al.* (2004), mudanças nas ações e na formação dos profissionais de saúde, aprimorando seu desempenho, traria maior eficiência aos sistemas de saúde (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Assim, o avanço de ideais e práticas curriculares para um novo paradigma sanitário, como o da determinação social do processo saúde-doença, representaria superação da abordagem biomédica, ainda influente no modelo biopsicossocial, melhores práticas em saúde, sistema de saúde mais eficiente e combate às desigualdades em saúde, compreendendo sua multicausalidade. Ademais, o envolvimento curricular com este novo paradigma promoveria que os discentes de graduação em medicina tivessem um experienciar crítico da indignação frente às injustiças sociais, gerando reflexão e ação sobre a sensação de impotência, à medida que compreenderiam o papel de ator social dos profissionais de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velocidade de evolução do conhecimento científico é notável e deveria ser acompanhada pela transformação do processo de ensino e aprendizagem dos profissionais de saúde. Desde a Revolução Científica, modelos de processo saúde-doença foram sendo elaborados e criticados, evoluindo de padrões claramente biomédicos para outros com incorporação de fatores influentes também no processo de adoecimento, como fatores psicológicos e sociais (CASTRO et al., 2015).

O modelo biopsicossocial foi uma das propostas para superação da abordagem biomédica, porém ainda se concentrava na doença e em fatores individuais de sua gênese, manutenção ou superação. Este é o paradigma epidemiológico adotado pelo currículo do curso de graduação em medicina da UFSCar e, apesar de ser sim revolucionário, é insuficiente para preencher as lacunas sobre desigualdades de renda e de saúde e sua correlação com a estrutura social e de trabalho. Quando estendido para os cenários reais de prática em saúde, não responde às inquietações vivenciadas por estudantes e nem aponta para seus papéis de agentes sociais capazes, e responsáveis, por refletir e agir diante das injustiças compartilhadas por seus pacientes.

A problematização crítica teórica das desigualdades em saúde na formação de profissionais médicos corresponde a um esforço inicial, no sentido de conhecer com mais profundidade para superar com mais efetividade, determinantes, estrutura e efeitos das desigualdades sociais no campo da saúde. No limite, tal esforço implica um trabalho de construção conceitual e de mobilização para ação política capaz de tornar as diferenças menos desiguais (ALMEIDA-FILHO, 2009) e a saúde mais equânime entre indivíduos de sociedades diversas e complexas como a nossa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2 set. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800003.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2020.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, n. 9, p. 865-884, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400009. Acesso em: 2 nov. 2020.

CASTRO, Shamyra *et al.* O processo saúde-doença e o modelo biopsicossocial entre supervisores de um curso de fisioterapia: Estudo qualitativo em uma universidade pública. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, Minas Gerais, v. 2, ed. 3, p. 24-38, nov. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/299475702_O_PROCESSO_SAUDE-DOENCA_E_O_MODELO_BIOPSIKOSSOCIAL_ENTRE_SUPERVISORES_DE_U M_CURSO_DE_FISIOTERAPIA_ESTUDO_QUALITATIVO_EM_UMA_UNIVERSID ADE_PUBLICA. Acesso em: 12 out. 2020.

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE. Coordenação da Graduação em Medicina. 2008. **Caderno do curso de medicina**, UFSCar, 110 p., 2008.

CHEN, L. *et al.* Human resources for health: overcoming the crisis. **Lancet**, v. 364, n. 27, p. 1984-1990, 2004.

COSTA, R. V. da. Atenção à Saúde: Discussão sobre os modelos biomédico e biopsicossocial. 2013. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-sausediscussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial> Acesso: 12 out. 2020.

LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [s. l.], n. 19, p. 20-28, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.

LUNA, Willian *et al.* Narrativas de viajantes: encontro de pesquisadores de campo com novas escolas médicas federais do Brasil. **Interface: Comunicação, saúde, educação**, Botucatu n. 24, p. 17 p, 2020.

LUNA, Willian Fernandes; BERNARDES, Jefferson de Souza. Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 653-662, Dez. 2016.

PEREIRA, Thaís; BARROS, Monalisa.; AUGUSTO, Maria Cecília. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**, Barbacena-MG, n. 17, jul./dez. 2011, p. 523-536. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

PUTTINI, Rodolfo *et al.* Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 753-767, 1 jan. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2020.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, Aug. 1986.

SANTOS, Francieli. **História da Deficiência: do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial – Concepções, Limites e Possibilidades**. In: XVI Encontro Regional de História. 2018, Ponta Grossa-PR.