

Formação Situada ou Situações do Formar: Internato Médico em Questão

Situated Training or Training Situations: Medical Internship in Question

Paulo Alberto Ferri¹
Rafael da Silveira Gomes¹

PALAVRAS-CHAVE

- Internato e Residência;
- Trabalho;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Internship and Residency;
- Work;
- Medical Education.

RESUMO

Analisamos os processos de formação médica situados nos corredores da emergência de um hospital público da região metropolitana de Vitória, no Espírito Santo. O internato entra em questão como um processo de experimentação do trabalho em que a curiosidade e a novidade dos primeiros procedimentos realizados impulsionam a conquista do hospital como espaço de experimentação do ser médico. Apostamos numa formação que extrapola o sentido clássico de tempo em que se está vinculado a um processo formal de aquisição de conhecimento – formação que extrapola o percurso acadêmico e ganha sentido enquanto processo de produção de sujeitos. Este trabalho se vincula a uma leitura singular do modo como são tratados os fenômenos do trabalho e da formação em saúde.

ABSTRACT

We investigate the medical training processes that take place in the corridors of an emergency unit of a public hospital in the metropolitan region of Vitória in Espírito Santo. Internship is addressed as a work experience process in which the intern's curiosity and novelty of performing his first procedures propel him to conquering the hospital as a space for the experience of being a doctor. We invest in training that extrapolates the classical sense of time bound to a formal process of knowledge acquisition. Training that goes beyond the academic route and gains meaning as a process of subject production. This work is linked to a unique reading of how the phenomena of work and training in health care are addressed.

Recebido em: 29/09/2014

Aprovado em: 10/03/2015

INTRODUÇÃO

Iniciamos apresentando dados históricos sobre uma instituição muito importante – o hospital. Precisamos antes afirmar a intenção de não estabelecer uma história dada como linear, que demonstre um processo de evolução que garanta melhor visibilidade aos dados atuais em detrimento da desqualificação que possa surgir ao analisarmos elementos tidos comumente como retrógrados ou ultrapassados. Valemo-nos da história do hospital para compreender modos de organização social, os quais, ao mesmo tempo em que produzem alterações na função política do hospital, alteram-se pelos próprios efeitos da intervenção hospitalar. Não queremos meramente demonstrar o anterior, mas, sim, apresentar elementos importantes para discutir o atual.

Anteriormente ao século XVIII, não se percebia uma funcionalidade médico-terapêutica do hospital. O objetivo hospitalar tinha como característica o assistencialismo religioso destinado aos pobres moribundos. Contudo, um dos efeitos sociais visíveis da atuação do hospital foi a separação e a exclusão destes sujeitos da sociedade. Os doentes, nessa época, eram considerados perigosos e afastados da comunidade para que não contaminassem outras pessoas. Logo, o hospital não era um lugar com caráter terapêutico, cuja organização se dá pelo exercício biomédico; ele funcionava principalmente como um espaço de depósito e de exclusão social do doente¹.

Foucault¹ identifica algumas transformações nas práticas de assistência nos hospitais no século XVIII, afirmando que é exatamente nele que nasce o hospital terapêutico. Nesse momento, é possível notar o início de um processo de engendramento do exercício e ofício médico em relação à atenção hospitalar de maneira recíproca.

Voltemos um pouco no tempo para acompanhar alguns elementos da história do hospital, a fim de entendermos melhor essa composição.

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Tem sua etimologia a partir de *hospes* (hóspedes), porque eram casas de assistência onde eram recebidos como hóspedes os pobres e enfermos. Problematizando essa concepção, o termo hospital teria, hoje, seu significado mais próximo de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é “tratar de doentes”. Existem outras terminologias contidas nos processos hospitalares, estes vinculados ao modo de assistência desenvolvido em seus interiores, como, por exemplo, *ptochodochium*, *ptochotrophium*, local para os pobres; *poedotrophium*, asilo destinado às crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, lugar destinado aos incuráveis².

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã e existem controvérsias quanto à influência do cristianismo em sua formação. Mesmo com o esforço para demonstrar que a era cristã foi a principal impulsionadora da construção de hospitais e que não há dúvida de que proporcionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas, podemos levantar, na história dos hospitais, acontecimentos importantes que fundamentam uma história um pouco mais remota. Podemos, inclusive, afirmar que em duas das mais antigas civilizações, no Egito e na Índia, encontramos raízes das instituições hospitalares, assim como observamos movimentos importantes na China e no Japão, anteriores à era cristã².

Outro dado histórico de extrema relevância é a tomada do hospital como território médico, principalmente por se tornar o local mais relevante para o aprendizado da clínica³:

No processo de formação dos jovens médicos é de grande importância entrar em contato com o doente. Dessa forma, o hospital se converte em uma instituição socialmente fundamental. (p. 126)

A importância do hospital na formação e na prática biomédica, hoje já consolidada, é um processo que se desenvolveu lado a lado com a formação da clínica como disciplina científica, pela qual a aprendizagem e a prática junto ao leito do doente são essenciais. (p. 127)

Nesse processo, o saber médico ganha novos contornos e assume outra função clínica, mais destinada à descoberta dos aspectos que fundamentam o aparecimento e o desenvolvimento das doenças e/ou patologias. Esse momento se torna singular ao saber médico e ao hospital. Nesse mesmo processo, o sofrimento parece ser posto em segundo plano, dando lugar à doença – concreta e objetiva – alocada no corpo do indivíduo doente, ampliando e desenvolvendo os conhecimentos médicos e produzindo uma nova racionalidade, que, por sua vez, transforma a estrutura do hospital. Tal processo proporcionou uma modulação no modo de organização da experiência clínica e do saber médico¹. A clínica surge, então, como um processo que instrui um novo estatuto no fazer médico e do fazer-se médico. A reorganização das instituições hospitalares amplia o exercício da medicina no hospital, impulsionando um contato maior com a sociedade, por meio de exercícios e práticas que instrumentalizam uma experiência médica mais coletiva⁴.

Ensino e assistência se articularam de tal forma que se produz um novo modelo de observação, diferente do que se tinha como comum até o século XVIII. Pelo uso desse novo saber, o

hospital e a medicina ganham novo valor social e se transformam nas instituições mais pertinentes na regulação, promoção e manutenção dos processos de saúde da população⁴.

Nessa nova concepção do hospital, é o médico quem se torna personagem principal da organização hospitalar, reorganizando os espaços a fim de torná-los terapêuticos¹. Nesse mesmo sentido, esse processo impulsionou a criação de documentos internos e externos ao hospital que fundamentaram protocolos para a atuação médica e para o processo organizacional hospitalar. Ampliaram-se os conhecimentos que serviriam à cura, e o hospital tornou-se também um local privilegiado para o acúmulo e a formação de saber⁵.

O saber e o poder se articulam no discurso sobre a medicina, institucionalizando-a e fundamentando estratégias que são, ao mesmo tempo, instrumento e efeito do poder, ampliando o *status* social dos médicos, o seu valor institucional, pelo caráter técnico de seu exercício, com o qual são dotados de competência perceptiva, observacional, descritiva, de ensino, etc.⁶.

Foi a clínica, como dispositivo produtor de práticas e discursos, que esboçou algumas destas articulações, produzindo o engendramento do saber médico no objetivo hospitalar e vice-versa. Esta relação de forças compôs um valor social amplo a ambos e impulsionou, cada vez mais, o vínculo entre eles⁷.

Percebemos que nessa discussão cabe ainda uma análise singular. Foucault⁸ trabalha sobre a tecnologia política da disciplina enquanto exercício do poder. Nesse processo, o hospital também pôde se tornar um espaço de disciplinamento dos corpos, individualizando-os, compondo uma vigilância que reorganiza as relações dos sujeitos e dos cuidados com o corpo. Logo, esse passa a ser o objeto de controle, e os discursos competentes são usados para efetivação do poder e regulação social na figura desses *experts*.

Valemo-nos dessa discussão para pensar a mutualidade nas relações entre o saber e o poder. Não é possível a efetivação de poder sem que este esteja fundamentado num campo de saber, ao mesmo tempo em que, reciprocamente, o exercício do saber constitui novas modalidades de poder. O hospital deixou de ser um lugar de exclusão e se tornou algo além de uma “máquina de cura”. Ele se tornou uma instituição fundamental na regulação dos modos de vida por ser, também, um instrumento de composição, produção, acúmulo e transmissão do saber⁸.

Cabe, também, uma breve contextualização, mais voltada à história da medicina, para entendermos de maneira mais significativa o campo de análise que se opera neste artigo.

Vida e morte eram tratadas de maneira mítica na Antiguidade, cabendo aos deuses a responsabilidade e as influências

que se estabeleciam no corpo. Para tanto, as justificativas das mazelas que acometiam os sujeitos eram analisadas com base nos propósitos dos deuses, ora como obstáculo ou provação, ora como castigo dos deuses. Mas a “curiosidade” da medicina se voltou aos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, buscando a investigação para compreendê-los e explicá-los. Logo, a filosofia começou a influenciar esse processo, e então a Grécia passou a ser considerada o berço da medicina científica. Tal processo deu-se em torno do século V a.C. Por volta de 460 a.C., Hipócrates passou a criar métodos considerados precisos e objetivos, usando o raciocínio e o inquérito para fundamentar o processo de diagnóstico das doenças. Então, as divindades foram substituídas, e Hipócrates, por ser considerado idealizador de outro modelo para a medicina, foi eleito o pai da medicina⁹.

Outro processo importante a considerar na história da medicina é a sua composição como *Medicina das Espécies*, nos séculos XVII e XVIII, em que as doenças começam a ser agrupadas por gêneros e espécies. Monta-se, então, um quadro classificatório das doenças. Foucault¹⁰ discute a criação de um novo gênero para doenças a partir de um plano teórico considerado verdadeiro – dotado de poder. Nessa classificação, o saber médico pretende categorizar as doenças por seus aspectos reais; a especialidade médica recoloca e classifica o que pertencia ao místico e inusitado ao natural. A medicina das espécies usava a descrição e a analogia para a compreensão dos fenômenos patológicos, além de reconhecer a semelhança das perturbações entre um caso e outro, do mesmo modo que entre uma planta e outra na botânica¹⁰.

No final do século XVIII, a medicina adota uma nova característica, passando, então, a ser denominada medicina classificatória, por investir na ampliação do foco de investigação. Aumentou-se a intenção classificatória das doenças, saindo-se de uma vinculação meramente ao local de afetação da doença no corpo do doente para uma subdivisão hierárquica em famílias, gêneros e espécies de agentes e de doenças. Nesse processo, o médico, para aprender o patológico, iniciou um processo denominado “abstração do doente”. A medicina agora pode se inserir, também, no laboratório¹¹.

Como vimos, no fim do século XVIII, a medicina começa a criar e adotar um olhar clínico, proveniente de outro modo de lidar com a experiência médica. Uma nova relação, mais pedagógica, instaura uma novidade entre o olhar do médico e as características das doenças, que se tornam inteiramente disponíveis à visão do especialista. Agora, o médico é o único ou o sujeito mais preparado para a enunciação da patologia. Entre o final do século XVIII e o início do século XIX, a clínica proporcionou à medicina um momento muito importante

para a sua história, pois alguns afirmam que a partir da clínica se deu a origem da medicina. O saber médico começa a mediar a relação do sofrimento com aquilo que o alivia, instaurando na relação dos médicos com os pacientes uma relação de valorização muito grande da medicina¹⁰.

O avanço tecnológico conquistado no século XIX proporcionou aos médicos uma descrição mais detalhada dos aspectos relativos às patologias, e o que antes não se conseguia sequer enxergar ganha textura, cor, contorno, etc. A experiência biomédica passou a ser impulsionada pelo valor do olhar, agora pautado nos aspectos perceptíveis, proporcionando outra organização teórica e linguística, mais racional e real. Houve o abandono de alguns aspectos relativos aos sistemas antigos da medicina, mas o mais valioso desse processo é que a experiência do médico se tornou mais formal. Agora, mais do que nunca, seu discurso é estruturado pela cientificidade que foi possível conquistar. A medicina começou a ser considerada pelo seu valor de ciência clínica, baseando-se na experiência e na racionalidade biomédica, vista a partir dessa nova relação com a doença⁹.

Assim, no século XIX, houve uma aproximação maior entre o hospital, a clínica privada, o laboratório e a biblioteca, possibilitando a ampliação de uma prática mais discursiva da medicina, o que reorganizou a posição dos sujeitos em relação aos domínios do saber médico sobre seu objeto – a doença. O avanço tecnológico se ampliou a ponto de instaurar no campo perceptivo da medicina uma redefinição nas práticas de ensino, pesquisa e intervenção. Usam-se, cada vez mais, inovações instrumentais, pelas técnicas cirúrgicas, pela anatomia patológica, por novos sistemas de registros de dados, para o trato oferecido pelo médico ao paciente e às outras profissões com as quais tem vínculo¹¹.

Com os estudos em bacteriologia, a medicina sofreu uma importante revolução, principalmente a partir da segunda metade do século XIX. Nas últimas décadas desse século, com o trabalho dos patologistas, nasce um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença, modificando um conflito comum. Por um lado, o foco da observação médica se colocava no jogo permanente entre a análise dos aspectos concernentes ao organismo infeccioso, sua condição de reprodução, mecanismos de defesa contra antibióticos, etc. Por outro, ampliavam-se os estudos que davam ênfase ao conhecimento das condições de vida e dos hábitos dos organismos hospedeiros – os seres humanos. Iniciou-se, então, o choque de interesses entre a saúde pública e a medicina clássica, mais individualizada⁹.

Os reflexos do contemporâneo nas transformações científicas e tecnológicas trouxeram importantes avanços no poder de diagnose, possibilitando outra dinâmica de intervenção te-

rapêutica, tornando-a mais eficiente e eficaz. Por outro lado, promoveram um distanciamento importante na relação médico-paciente, ao mesmo tempo em que se operou uma segmentação do sujeito, recortando-o a ponto de entendê-lo meramente pela sua organicidade, desconsiderando, em muitos casos, os aspectos psicossociais que influenciam a vida de maneira geral. Esse movimento transformou as ações de assistência à saúde, interferindo na escuta das necessidades dos sujeitos¹².

Merhy¹³ identifica um duplo movimento no trabalho médico atual quanto à sua relação com o paciente. A intervenção tende a capturar os usuários a partir de determinado “universo de ação profissional”. Esse universo é extremamente pautado em saberes formalizados e/ou institucionalizados. Nessa prática, o usuário e seu mundo são submetidos a um “agir tecnológico preestabelecido”. Nesse processo, o discurso médico é capturado pelo saber formal que fundamenta sua prática, ao passo que essa captura exige que o usuário também se submeta a ela. “No entanto, é interessante observar que, apesar deste esforço, o recorte desses processos relacionais, pelos saberes médicos, não se sobrepõe plenamente ao que é pretendido pelo usuário nesta mesma relação” (p.112)¹³. O trabalho é estabelecido na construção de “projetos terapêuticos tensos”; ao mesmo tempo, espera-se um saber-fazer no cuidado em sua manifestação no encontro – sua competência relacional; também se exige que o profissional esteja a par das novas tecnologias em seu exercício profissional, e talvez esse seja o aspecto central de seu trabalho – sua competência técnica. Produz-se, de certo modo, a vinculação dos aspectos do cuidado dentro de uma centralidade na qual a produção de procedimentos se dá quase unicamente pelo médico¹³.

A formação médica é de extrema relevância na produção de modos e ideologias que também foram impulsionadores de todas essas transformações vistas acima. A relação médico-paciente, estudante de Medicina-instituição de ensino, é marcada pelos aspectos políticos, culturais e econômicos vigentes em cada época. Não há que se desconsiderar, portanto, que lógicas de mercado e a constante incorporação de tecnologias tenham instruído aspectos concernentes ao encontro entre médicos, estudantes de Medicina e não médicos, algo de extrema valia para a análise dos processos do cuidado de forma singular.

A medicina, até meados do século XX, poderia ser considerada uma prática voltada para “a arte de curar”, que certamente revela a instrução da relação entre médico e paciente impulsionada pelos processos e órgãos de formação médica. Posteriormente, a situação modificou-se, porque o próprio aparelho formador (escola médica) alterou sua organização e, por meio de suas reformas curriculares, enalteceu a especialização, valorizando, cada vez mais, o arsenal e o arcabouço tecnológicos¹⁴.

SITUAÇÕES DO FORMAR: O QUE FOI POSSÍVEL PERCEBER

O internato é a etapa do conhecimento em medicina que se cumpre, geralmente, em hospital público ou privado, vinculado à faculdade em que os alunos estejam cursando a graduação. Ao completarem o ciclo teórico, os alunos entram no ciclo teórico-prático, sendo este o estágio obrigatório de treinamento em serviço, que é denominado internato médico por conta do seu regime de visitas e duração. O objetivo principal do internato é oferecer ao aluno dos períodos finais do curso de Medicina uma formação prática generalista, pautando-se nos princípios que garantam uma boa inserção e aquisição de competência técnica aos alunos, para a atuação no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção e necessidade, além de propiciar a realização de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde¹⁵.

O internato funciona em regime de rodízio e geralmente conta com quatro semestres de duração (dois anos). É cumprido rotativamente em Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e, em alguns casos, Saúde Coletiva e Medicina da Família. Nos últimos dois semestres, o estudante escolhe em qual delas quer voltar a praticar, a fim de se tornar mais especializado numa dessas grandes áreas da medicina, sendo essa a fase eletiva do internato.

Percebe-se ainda, na dinâmica de formação dos médicos em internato, uma grande influência das contribuições do modelo flexneriano, que, por sua vez, concorreu para tornar a educação de médicos mais técnica e experimental, estimulando a formação de profissionais mais aptos à compreensão de evidências científicas. Porém, ainda se mantém a dicotomia temporal e simbólica entre ciências básicas e a atuação clínica que esse modelo fomentou, produzindo uma evidente negligência de alguns aspectos educacionais na prática médica¹⁶.

Por conta desta vinculação com o discurso médico estruturado com base no saber científico, é visível, no linguajar dos internos, uma proximidade muito grande com o linguajar médico comum aos corredores da emergência. Os internos já respondiam como médicos, falavam com linguajar médico. Não encontram ou não demonstram dificuldade em entender aqueles termos que só eles conseguem pronunciar – capacidade conquistada por meio dos estudos em semiologia médica. Parecem demonstrar que não lhes falta ciência, mas, sim, prática. Precisam apenas construir e afirmar um domínio institucional – de trabalho, e não acadêmico. Uma dicotomia que tende a se afirmar por aqueles corredores.

O linguajar característico começa a se modular quando são trocados os interlocutores. Percebe-se isto, por exemplo, quando se referiam aos usuários: quando falavam com outros

internos, os chamavam de doentes; quando falavam com a equipe de enfermagem, chamavam de clientes; quando falavam com o professor, chamavam de pacientes; quando falavam comigo, até tentavam chamar pelo nome, e, não sendo possível, apontavam o leito.

O discurso competente, reconhecido e autorizado, é cientificista e restringe a linguagem informando que não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se com a linguagem institucionalmente autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminedos para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones das esferas de competência¹⁷. (p. 7)

Mesmo de olhos fechados, era possível identificar com quem alguns internos falavam. Além das palavras, os modos de fala também se modificavam segundo com quem se falava. Mas o que é mais significativo nesses discursos é a qualidade técnico-conceitual que se buscava introduzir em quase todos os momentos naquele ambiente hospitalar. Parecia uma exploração de um objeto novo, com o qual se pretendia dominar.

A busca da dominação pela produção do discurso competente, pelo especialismo, atravessa os diferentes grupos no hospital. Na formação do profissional de saúde, há uma grande valorização do saber acadêmico, supostamente objetivo e frequentemente empolado. A segmentação por corporação profissional, sempre visível no hospital, garante que cada um fale exclusivamente de e sobre seu domínio de competência¹⁸.

A medicina, além de uma prática clínica, também fundamenta uma lógica discursiva. Foucault, em *O nascimento da clínica*¹⁰, incita a discussão sobre como a medicina moderna produz determinado condicionante do campo social, reformulando uma enorme gama de elementos da vida dos indivíduos, pautando-se em relações movidas por saber-poder. Os internos de Medicina estão envolvidos pelo processo de aquisição de saber, que se dá na busca incessante do conhecimento dos elementos fisiológicos envolvidos no processo de adoecimento do usuário que estão acompanhando. Em torno do século XVIII, nas pesquisas de Foucault, houve uma escolha pelo objeto e objetivo da medicina – a doença –, que poderia ser explorada pela objetividade e pelo rigor da investigação científica. Torna-se visível a vinculação do ponto de interesse dos internos, pretendendo-se saber sobre a doença e o adoecimento.

Estrategicamente, ao escolher a doença como objeto, a racionalidade biomédica pode instaurar outra dinâmica nos encontros entre o médico e o residente ou o interno e o paciente. Percebia-se que os internos eram sempre convocados a dizer o que se passava com os pacientes; eram eles que sabiam sobre os pacientes, e não os próprios. Ao mesmo tempo em que isto causava certo estranhamento (“É muita responsabilidade”), preenchia os internos de autoridade, autoestima e valor naquele conjunto de relações estabelecidas nos corredores da emergência – “Doutor, doem as minhas costas, devo estar com problema na coluna. Você não sabe quanto peso eu pego nessa minha vida sofrida!” “Não, senhora, essa é uma dor referida causada por cálculo renal!”.

A transformação do sofrimento em adoecimento pode ser observada como uma nova técnica de gestão dos homens. Nesse ínterim, vida e morte adquirem valor instrumental, uma vez que dizem respeito ao funcionamento do corpo e suas condições de existência.

Os internos ainda estranhavam algumas posturas dos outros médicos em exercício na emergência, tentavam olhar para o sofrimento e não para o adoecimento. “Afinal, aqueles eram os primeiros sujeitos postos sob sua corresponsabilidade”. Ouviam coisas como: “A medicina deve ser a mãe do espiritismo, porque depois de um tempo a gente começa a nem ligar para o corpo”. Mas não tinham tempo para dar território ao seu estranhamento (tinham que aproveitar alguns corpos à sua disposição) e “quando chegassem em casa, tinham que estudar para a prova de cárdio do próximo dia e de renal no outro”. Geralmente, sorriam e tentavam fazer o que exigiam, como entubar, mesmo com as mãos trêmulas, alguns cadáveres.

Como o saber e a técnica são garantias de boa visibilidade, a preocupação com a avaliação é muito grande. Parece que qualquer comportamento seria avaliado pelos preceptores. Portanto, não havia possibilidade de errar! Pensar no erro parece ser um elemento muito presente na atividade médica, praticamente uma constante. Parece que esse modo de pensar e agir começa a se instaurar durante o internato. Qualquer incompatibilidade entre o discurso operado pelo interno e o daqueles corredores tende produzir culpa e desqualificação.

A formação do profissional médico é constituída pela necessidade imposta pelo campo da aquisição de capital teórico, já que os rituais reguladores da ascensão profissional e social impõem avaliações e provas de extenso conteúdo abstrato e não prático. Se quiser ascender na estrutura do campo, ganhando papéis de prestígio, o neófito terá de atravessar todas as especificidades dos rituais da instituição (provas e concursos) para ser admitido na comunidade dos doutores, de fato¹⁹.

FORMAÇÃO SITUADA: FORMAR UM CUIDADO E SE FORMAR CUIDANDO

Por representar a última etapa da formação escolar do médico geral, o internato surge, quando bem estruturado, com o intuito de construir a capacidade de resolver, ou bem encaminhar, as situações e intervenções de saúde necessárias à população, assim como oferecer oportunidades para ampliar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de graduação; ampliar e aprimorar o uso das técnicas, a fim de que essas habilidades, indispensáveis ao exercício da medicina, se concretizem. O internato também tende a promover o aperfeiçoamento, ou aquisição, das atitudes adequadas à assistência aos pacientes e à equipe de profissionais com os quais estabelecerá relações de trabalho, possibilitando uma prática de assistência integrada e interativa com os diversos profissionais da equipe de saúde. O contato com o processo e o mercado de trabalho também surge como valiosa experiência no internato, por proporcionar uma experiência acadêmico-profissional hospitalar e extra-hospitalar¹⁵.

Pode servir, também, como estímulo ao interesse do aluno pela promoção e preservação de saúde, pautando-se na consciência de suas limitações, ampliando suas responsabilidades e deveres de acordo com a ética médica, perante o paciente, a instituição e a comunidade, aprimorando seus hábitos e atitudes, fortalecendo a concepção de que é necessário o aperfeiçoamento profissional de maneira continuada.

O aprendizado construído no internato é cercado de relações que convocam os estudantes para a observação, a discussão e a experimentação do mundo do trabalho; a estruturação dos processos de trabalho do médico; como são vivenciados os mecanismos organizacionais da clínica em medicina; a regulação permanente dos aspectos clínicos no ato de cuidado; a experiência do trabalho em equipe, assim como o trabalho multiprofissional, construindo competências de desempenho que o tornem compatível com o exercício do trabalho médico⁹ – processo valioso para a formação de profissionais aptos a lidar com um trabalho cercado de adversidade.

Botti²⁰ informa essa realidade da ampliação das relações dos internos durante o internato. Nele, os alunos não contam mais quase exclusivamente com os professores, mas também lidam com usuários e preceptores²⁰. Porém, afirmamos que o campo relacional se amplia ainda mais. O campo relacional é constituído por preceptor, alunos, professor, trabalhadores, usuários e redes sociais, tornando ainda mais complexo o processo de ensino e aprendizagem, podendo compor uma experiência situada, na qual quem ensina e quem aprende se mistura num único processo, o cuidado⁹.

A possibilidade de transformação do conceito de saúde instaura nos aspectos do cuidado a criação de parceria e construção em rede, reconstruindo os sentidos do cuidado; ampliando a responsabilização deste a partir de uma cogestão, em que os protagonistas se confundem, e os sujeitos surgem em pé de igualdade no cuidado (profissional/paciente/professor/estudante), operando um manejo clínico a partir do diálogo, do acolhimento, da participação social, do vínculo e da corresponsabilização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS.

Afastamos nossa intenção de qualquer estratégia capitalística de valorizar a criação e a potencialidade da atividade humana por um viés mercantil. Afirmar a inventividade humana é qualificar a capacidade de construção de movimentos mais saudáveis de ser e estar no mundo, que não se diferenciam dos modos de ser e estar no trabalho. Esta discussão não assume qualquer caráter paliativo, tentando “forçar a barra” de olhar aquilo que há de belo no meio de processos laborais densos e desqualificantes, mas incita, necessariamente, a construção e a ampliação de outro ponto de vista, para além da visibilidade do que se produz em comparação, quase sempre faltosa, do que se espera da tarefa, do internato e da intervenção médica. Buscamos afirmar uma concepção de cuidado e de formação.

Cabem aqui alguns questionamentos. É possível ensinar a cuidar? O que significa o cuidado? Os ideais contidos em determinada lógica fundamentam concepções de cuidado distintas. Seria viável construir uma concepção única de cuidado que pudesse ser escolhida como a mais correta dentre toda a multiplicidade de sentidos que esse conceito pode obter? Não sabemos se essas questões precisam ser necessariamente respondidas. Mas queremos afirmar o cuidado, mesmo multifacetado, múltiplo em suas concepções.

Porém, vale expor a concepção de cuidado que norteia o que se produziu nesta discussão. Afastamo-nos de uma compreensão piedosa, na qual o sujeito do cuidado “é aquele sobre o qual atuamos, intervimos e depositamos conhecimentos e técnicas, de quem extraímos saberes”²¹ (p. 199). Compartilhamos a compreensão de que o cuidado se dá na relação entre os sujeitos, e não como unidade independente, um objetivo do trabalho. O cuidado, então, deixa de ser objeto do trabalho e passa a ser o próprio trabalho. Portanto, a pergunta mais pertinente nesse contexto seria: como cuidar do cuidado para que ele se efetive nas relações entre os sujeitos envolvidos nas dinâmicas de trabalho em saúde? Talvez a resposta esteja na construção e/ou ampliação da dimensão cuidadora²² do trabalho em saúde.

Entendemos que a dimensão cuidadora constitui-se de bons encontros entre trabalhadores e usuários, encontros de afir-

mação da vida, de aumento de potência, de autonomia, de composição, de sentimento de alegria. Deste modo, consideramos que estabelecer bons encontros, permitir-se afetar e ser afetado, atuar como intercessor são fundamentais para o trabalho em saúde quando este assume a dimensão cuidadora e se propõe a possibilitar impactos no ganho de autonomia dos sujeitos envolvidos²³. (p.112)

O trabalho em saúde pode ser entendido a partir de algumas dimensões. Merhy²² faz um contraponto entre o que ele determina como dimensão cuidadora e outra dimensão mais envolta pelas dinâmicas que fundamentam determinada profissão, sendo essa a dimensão “profissional específica”. No modo como se organizam as dinâmicas de trabalho é que a relação entre essas duas dimensões vai se definindo. É exatamente esta definição que conforma o modelo de atenção estabelecido nos aspectos do cuidado. A atenção precisa ser direcionada a uma análise destas dimensões, principalmente quando há predomínio da dimensão profissional, de tal modo que a dimensão cuidadora pode ficar praticamente anulada²².

Nessa modalidade do trabalho médico, os processos são cada vez mais ordenados pela dimensão profissional – ou dimensão médica –, que se traduz numa redução dos núcleos de competência relacionais em prol da construção de modos bem estruturados de atos em saúde, pautados em procedimentos “que não deixam mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador”²² (p. 113). Esse endurecimento da atividade na tentativa de uso de ferramentas tecnológicas tende a garantir a validade dos próprios procedimentos médicos, que ficam cada vez mais restritos e aprisionados ao especialismo. O trabalho médico parece estar envolvido em um núcleo produtor que necessita da visibilidade de suas tecnologias duras, conformando a prática de saúde na dimensão centrada no profissional, que “praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico”²² (p. 113).

É válido qualificar o cotidiano nos serviços de saúde, na sua potência de criação constante de modos de fazer a atenção e a gestão dos seus processos. Esse mesmo cotidiano precisa ser entendido como matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de novos modos de ser trabalhador nesse contexto, estabelecendo-se como plano formador, portanto constitutivo de sujeitos envolvidos com a efetivação de princípios que afirmem o cuidado, transformando, a partir das práticas de saúde, os sujeitos nelas implicados.

Desse modo, ao analisarmos e discutirmos a formação e o trabalho médico, compreendemos que “não se trata de apon-

tar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho”²⁴ (p. 17). Mas, sim, principalmente, de convidar os sujeitos envolvidos no cotidiano das ações em saúde à construção de um *ethos* que se vincule à indissociabilidade entre cuidar e formar-se.

A intenção primeira ao discutir os corredores da emergência no internato médico é qualificar a potencialidade na construção de uma atitude formadora, que se faz e se refaz nos múltiplos encontros que se operam nos serviços de saúde. A aposta está na formação em seu caráter transdisciplinar, ou seja, “em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização nas quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde”²⁴ (p. 17). É na relação entre os sujeitos que o cuidado se efetiva. O cuidado, então, surge como principal aspecto formador nesse contexto, redefinindo os modos de ser e estar trabalhador da saúde.

*Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho*²⁴. (p. 3)

Para além da aprendizagem da técnica, os futuros médicos estão o tempo todo experimentando a si!

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. [b] O nascimento do hospital. In: Microfísica do Poder. 18.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
2. Brasil. Ministério da Saúde. História e Evolução dos Hospitais. Departamento Nacional de Saúde; Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro; 1944. Reedição de 1965.
3. Bonet O. Saber e Sentir: Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina. *PHYSIS, Revista Saúde Coletiva* 1999; 9(1):123-150.
4. Souza ARN. Dias de formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica. Rio de Janeiro; 1998. Doutorado [Tese] – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
5. Bianchessi DLC. Trabalho, Saúde e Subjetividade na diversidade de um Hospital Geral, Público e Universitário. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia; 2006.
6. Foucault M. Estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
7. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
8. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1989.
9. Vilardo COL. Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário. Rio de Janeiro; 2011. Mestrado [Dissertação] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
10. Foucault M. O Nascimento da Clínica. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 1977.
11. Arouca ASS. O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo; 1975. Doutorado [Tese] – Universidade Estadual de Campinas.
12. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 2009;18(supl.2).
13. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturas produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu), Botucatu* 2000; 4(6).
14. Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2007.
15. Baffa AM. Internato Médico: Desafios da Avaliação da Aprendizagem em Serviço. Campinas; 2008. Mestrado [Dissertação] – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
16. Aguiar AC. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, as mudanças tecnológicas e a realidade social. In: Arruda BKG (Org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP e Ministério da Saúde; 2001.
17. Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Ed. Moderna; 1982.
18. Osório C, Maia MAB. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2004;56(1).
19. Sabino C, Luz MT. Metáforas do poder em uma instituição pública de saúde. *Soc. Estado* 2011; 26(2).
20. Botti SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino”. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado [Tese] – Fundação Oswaldo Cruz.
21. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/ CEPESC; 2007.

22. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EEE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
23. Faria HX. No Fio da navalha: O Processo de Trabalho de uma Unidade de Saúde da Família de Vila Velha-ES. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional; 2010.
24. Heckert ALE, Neves CEABN. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R *et al.* (org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2007.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Paulo Alberto Ferri – Autor

Rafael da Silveira Gomes – Autor / Orientador

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paulo Alberto Ferri

Rua Ecoporanga, n.205

Bairro Novo Horizonte – Linhares

CEP: 29902-450 ES

E-mail: pauloferri@ymail.com