

Pós-Graduação em Ciências da Saúde: elementos para reflexão e o conteúdo da saúde coletiva. *

Elizabeth de Leone Monteiro Smeke **
PUCAMP

RESUMO

SMEKE, E. de L.M. *Pós-Graduação em ciências da saúde: elementos para reflexão e o conteúdo da saúde coletiva. Estudos de Psicologia, 10(3): - , 1993*

Este trabalho expõe algumas das razões pelas quais foram definidas as áreas temáticas de investigação contidas nas propostas do Curso/Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - PUCAMP, discutindo enfoques de Ciência e de Saúde. As preocupações voltam-se para a abertura de um espaço de reflexão das práticas multi e interprofissionais de atenção que objetivem mais a SAÚDE e menos a DOENÇA. Finalmente, enfatiza uma das várias áreas assinaladas, a Saúde Coletiva, especialidade da autora.

Palavras chave: saúde pública, formação profissional, programa de pós-graduação.

I - A CIÊNCIA

Em primeiro lugar parte-se do pressuposto de que o conhecimento (especialmente em saúde) nasce das necessidades de resolução de problemas concretos, postos pela realidade. Uma dessas questões é a que decorre da convivência entre várias áreas profissionais no trato com as pessoas e as coletividades em cuidado.

(*) O Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCAMP promoveu, em 1991, a **X Semana Multidisciplinar de Campinas**. Os convidados participantes foram solicitados a fazer o encaminhamento de seus textos para publicação. Apesar dos insistentes pedidos, só a Professora Smeke encaminhou a matéria que é aqui publicada. Trata-se de texto apresentado na mesa redonda: *Avaliação dos cursos de Pós-Graduação na Saúde Mental*.

(**) Profa. Titular do Depto. de Medicina Social e Preventiva da FCM PUCAMP. Membro da Comissão de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Em segundo lugar, quando o conhecimento científico é produzido ou sistematizado pode ser veiculável através de cursos, de escolas, que tem por objetivo produzir técnicos e pesquisadores que reproduzirão e/ou re-sistematizarão novos e velhos conhecimentos.

O especialista, nesse sentido, pode ser entendido como aquele que detem em suas mãos uma certa porção de conhecimento que utilizará para reproduzi-lo ou divulgá-lo, para recriá-lo ou para aplicá-lo.

Pode-se constatar que posto na rua, este conhecimento passa a ser utilizado das formas mais imprevisíveis por pessoas em geral, por atores sociais privilegiados, por grupos sociais organizados politicamente ou não, e obviamente, por outros técnicos e outros pesquisadores, não necessariamente da mesma origem intelectual ou técnica daqueles que o produziram.

Portanto o que se quer resgatar, rapidamente, é este certo grau de autonomia que o conhecimento ganha após sua produção, a despeito ou à mercê dos muitos fatores que definem sua decolagem de dentro do sistema que o produziu para o âmbito da sociedade.

São muitos os exemplos. Sabemos que um conhecimento produzido às vezes demora muito a entrar no corpo das referências de saber utilizadas para a vida em nossa sociedade.

Um exemplo presente e pertinente dessa interação entre as necessidades da sociedade e a influência de conhecimentos entre áreas bastante distintas é o caso da especialização na fábrica, do taylorismo na produção que correspondeu à compartimentalização da produção e da aplicação do saber em geral. Na medicina, especialmente a partir da crítica flexneriana que introduziu na década de 1910, nos E.U.A. os ciclos básicos com as Ciências biológicas, afastando as humanidades, fomentou-se a departamentalização da reprodução do conhecimento para formação dos especialistas, e depois da sua produção, para formação de pesquisadores (FLEXNER, 1910).

A estrutura institucional de produção desse saber passou a organizar-se assim em compartimentos mais ou menos estanques, dificultando outras formas de realização desse mesmo processo. O conhecimento foi se aprofundando numa tendência linear, onde os vínculos com outros saberes ou mesmo outros modos de saber foram sendo abandonados, mas ao mesmo tempo, sentidos.

II - A SAÚDE

Com referência a este segundo termo da relação em destaque (CIÊNCIAS da SAÚDE), deve-se considerar que qualquer que seja a utopia, imagem objetivo ideal, fantasia, ou outro nome que se queira dar ao definir SAÚDE, tal imagem será buscada pela sociedade através de determinadas PRÁTICAS. Dentre aquelas de caráter menos francamente místico-religioso,

pode-se afirmar que serão realizadas por especialistas que deterão determinados SABERES. Estes, enquanto um conjunto dado de conhecimentos específicos e compartimentalizados serão produzidos e reproduzidos pelo processo social que constitui as INSTITUIÇÕES. Como apontava DONNANGELO (1979), qualquer que seja o conceito subjacente de SAÚDE, melhor entendê-la como um conjunto articulado de PRÁTICAS, SABERES e INSTITUIÇÕES, que encontrarão na história das sociedades concretas, a gênese de seus conteúdos.

Em nossa sociedade ocidental, especialmente periférica, identificamos ainda que a SAÚDE caracteriza-se por reter um estatuto negativo. Ela é uma ausência. A ausência da DOENÇA.

É a DOENÇA, portanto o elemento forte, o elemento corporificado que denuncia, por tabela, a necessidade de SAÚDE que será buscada através da intervenção de técnicas.

Esta DOENÇA tem sido enfrentada com sucesso pela forma como vem sendo aplicado e desenvolvido o conhecimento compartimentalizado da área.

Entretanto quanto à SAÚDE, já não se pode afirmar o mesmo.

Se ficarmos na utopia da Organização Mundial de Saúde (OMS), de "bem estar bio-psico-social", ou com a definição concreta de CANGUILHEM (1971) "de modo de andar a vida", ou ainda a da Reforma Sanitária em que Gastão (CAMPOS - 1991) define "a defesa da vida"; teremos imediatamente um apelo ou uma condensação de SAÚDE com VIDA, com bem estar, com bem viver.

É portanto outra ordem de enfoques, outra forma de abordagem.

Quando o referencial é a DOENÇA e não a SAÚDE, não raro observamos, que ao cuidar de uma doença aparece outra, depois desta outra, e por aí vai, de modo que o sofrimento continua, mas as sucessivas DOENÇAS vão sendo dominadas ou controladas.

O referencial da SAÚDE por outro lado obriga a uma revisão completa da estruturação e aplicação das práticas aí envolvidas.

A vida, diferentemente da morte, não é domesticável ou enquadrável em esquemas fechados e compartimentalizados.

A experiência curiosa de trabalhar este lado do processo Saúde/Doença no nível do indivíduo ou de grupos definidos ou não socialmente, traz a angústia da impotência. A necessidade da contribuição de novos e diferentes saberes.

O ultra aprofundamento tem trazido como consequência indesejável, nem sempre a SAÚDE, mas a iatrogenia, os gastos desnecessários e não raramente a morte, (ILLICH, 1975).

O epidemiólogo, ao estudar casos de óbitos, encontra por exemplo, o velho suicida que tinha sua hipertensão e seu diabetes perfeitamente controlados, mas, às custas da retirada de sua razão e fonte maior de prazer: o alimentar-se. O bebê internado por desnutrição não pode sobreviver à separação da mãe que não sabia que poderia amamentá-lo mesmo tendo sido cesareada. A dona de casa infeliz, "psicada", cujas dores eram sempre interpretadas como fenômeno histórico, acabou tendo diagnosticado seu tumor de medula pouco antes de falecer. São casos pinçados dentre milhares que ficam apenas nas questões da complementariedade e intersecção profissionais da doença individual e esquecem dos acidentes de trabalho, das mortes por causas externas, onde a violência tem o maior peso, do recrudescimento das epidemias, etc..

Aparece claro que a SAÚDE como a VIDA, concentra múltiplas dimensões de aspectos já conhecidos e muitas vezes detidos separadamente por profissionais específicos e diversos.

E nem sempre os profissionais gostam ou mesmo podem trabalhar com suas próprias limitações para interrelacionar-se.

Mas quando estamos imersos num serviço com estudantes curiosos e questionadores, não há como adiar o enfrentamento das questões que aí aparecem, ainda mais se houver fiscalização e cobrança de usuários.

Eventuais incoerências de discursos aparecem então muito nítidas, exigindo a busca de novas saídas que possam integrar, somar, misturar-se.

Assim a idéia de pesquisa e docência, como um objeto de uma pós-graduação em Ciências da Saúde vem em função da impotência de cada área isoladamente dar conta de algumas dessas questões. Impotência previsível e muitas vezes confundida equivocadamente com "incapacidade" deste ou daquele profissional. E, apesar de óbvia, a afirmação de que uma coisa é um dado corpo de conhecimentos ser impotente para resolver determinadas situações, outra é a qualificação do profissional em si, com freqüência é esquecida.

III - PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (PUCCAMP, 1990)

Em resumo, a experiência de trabalho conjunto a partir de várias especialidades profissionais em nível de docência-assistência à doença e à saúde, com alguns serviços sob intervenção até dos próprios usuários traz um sem número de questionamentos. Elementos importantes dessa problemática encontram-se na construção e na aplicação dos saberes utilizados e experimentados pelos especialistas, e não nestes enquanto pessoas que respondam bem ou mal a modelos predeterminados. Construção e experi-

mentação de novos conhecimentos e modelos é um dos mais importantes atributos de um curso/programa de pós-graduação.

É nessa direção que o enfoque de uma pós-graduação em Ciências da Saúde se formula a partir das especificidades de saberes e não de especialidades profissionais.

Assim, o saber entendido com descolável, capaz de ganhar uma certa autonomia com relação a quem o produziu, pode ser apropriado por diferentes especialistas, com o objetivo de permitir novas montagens, novos constructos, novos saberes que respondam melhor, ou ofereçam mais opções às necessidades impostas pelo olhar ao lado da SAÚDE. Poderá ser posto a serviço de diferentes setores da sociedade, com maior facilidade talvez, dadas as características dos serviços.

Isto invalida o aprofundamento especializado, departamentalizado? Não, ao contrário pretende complementá-lo, enriquecê-lo, fortalecê-lo, oxigená-lo a partir de correntes gerais de pesquisa com diversificadas especialidades profissionais. Estas, poderão interrelacionar-se de forma mais fecunda, quanto mais solidamente constituídas estiverem.

O critério a que esta divisão em áreas responde portanto, é o da especificidade de saberes, das tendências e correntes metodológicas de investigação e intervenção:

1. Saúde Mental: envolve o saber específico da dinâmica dos comportamentos e dos conteúdos das sensações mentais em diferentes abordagens.

2. Clínica: concentra a especificidade do saber anátomo-fisiológico e fenomenológico aplicado ao indivíduo doente.

3. Cirurgia: concentra um conhecimento aplicado a técnicas específicas de invasão do corpo humano vivo.

4. Saúde Coletiva: concentra o conhecimento das humanidades, da economia e das matemáticas úteis para a compreensão e a prática de intervenção no processo saúde/doença nas coletividades.

Não são portanto **especialidades profissionais**, mas **especificidades do conhecer**: correntes gerais de pesquisa e de atuação.

IV- A SAÚDE COLETIVA

Em função da juventude da área de conhecimento e da indiscriminação, que muitas vezes se faz entre ela e as práticas governamentais, valeria a pena um rápido delineamento do campo da Saúde Coletiva.

Saúde Coletiva é o nome que tem sido dado no Brasil ao corpo de conhecimentos tradicionalmente tratados no interior da Saúde Pública e da Medicina Social, Preventiva e Comunitária. É uma área de desenvolvimento científico muito recente e já nasceu como resposta a exigências dadas no

nível da expressão social das carências, com vistas a resolução (SMEKE, 1989, 1991). Ou seja, o conhecimento resultante das inquietações de seus agentes na busca da articulação entre as práticas individuais e coletivas em SAÚDE e a sociedade (ROSEN, 1983).

É o estudo das questões advindas da compreensão da SAÚDE, do ponto de vista jurídico-político, como um bem individual de interesse público.

De modo bastante resumido pode-se apontar que os conhecimentos que se estruturam nesta área são tradicionalmente (SMEKE, 1991):

1. Os conhecimentos da dinâmica social e da fundamentação filosófica da questão SAÚDE:

- Sociologia aplicada à saúde
- Ciência Política e Políticas sociais, Economia política
- Antropologia, História, Filosofia/ética
- Educação em Saúde

2. Os conhecimentos relativos à dinâmica do processo saúde/doença nas populações, sua distribuição e determinações:

- Epidemiologia: crítica, clínica, vigilância epidemiológica e sanitária, causalidade e determinação
- Estatísticas de saúde, distribuição e pesquisa de determinantes em grupos de risco biológico, social ou político específicos, como Saúde do Trabalhador
- Saúde ambiental

3. Os conhecimentos relativos à gerência e administração de serviços:

- administração de estruturas de atenção
- gerenciamento
- financiamento
- recursos humanos: produção e formação
- planejamento
- tecnologia em saúde: aparelhagem, insumos, modelos tecnológicos, práticas alternativas
- avaliação de serviços

Dada a histórica, característica e genética vinculação dos profissionais das várias especialidades em Saúde Pública/Coletiva com a academia por um lado e com os serviços por outro, através das Políticas Sociais, e da riqueza destes serviços em substrato de investigação e impacto de ações

inovadoras, ambos os setores (academia e serviços), articulados através de Integração Docente-Assistencial (IDA) ou não devem ser contemplados.

O desenvolvimento desta área, em nível de Pós-graduação pretende assim, qualificar docentes e pesquisadores, não só para dentro das universidades, mas para os serviços. Considera-se portanto, que a prática e o pensamento, a ação e a reflexão são partes do mesmo processo.

CONCLUSÕES:

De um modo mais geral, pode-se considerar que o esforço no desenvolvimento de uma Pós-graduação "strictu-sensu" em Ciências da Saúde pretende por a nu características essenciais de especialidades profissionais e as dificuldades daí advindas para ajudar no processo de conquista da SAÚDE para os indivíduos aos quais nos propomos cuidar e para a sociedade em que vivemos. Pretende também contribuir para a interfertilização de investigações nascidas da prática cotidiana.

Aliás esta parece ser uma consigna recente que vem apontando para um novo renascimento nas artes e na ciência, em que se redefinem novas verdades que retornem ao HOMEM e aos valores da sua HUMANIDADE.

SUMMARY

SMEKE, E. de L.M. *Graduate program in health sciences: elements to consider the content of public health area. Estudos de Psicologia, 10(3): - , 1993*

The implantation of a Graduate Course/Program in Health Sciences in Pontificia Universidade Católica de Campinas is presented. The thematic investigation areas are described as well as their reasons. The necessity of multi and interprofessional practices, abording more health and less sickness, through Health and Science concepts, are discussed. Finally, it's detailed the Public Health area.

Key words: public health: professional formation, graduate program

BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, G.W.S. (1991). **A Saúde Pública e a defesa da vida**. HUCITEC. São Paulo.
- CANGUILHEM, G. (1971). **Lo normal y lo patológico**. Siglo XXI. Buenos Aires.
- DONNANGELO, M.C.F. (1979). **Saúde e Sociedade**. 2ª ed. Duas Cidades. São Paulo.
- FLEXNER, A. (1910). **Medical Education In U.S. and Canada**. The Carnegie Foundation. New York.
- ILLICH, I. (1975). **A expropriação da saúde - nêmesis da medicina**. Nova Fronteira. Rio de Janeiro.
- PUCAMP-FCM (1990). **Proposta preliminar para criação de curso de Pós-graduação**. PUCAMP. mimeo.
- ROSEN, G. (1990). "A evolução da Medicina Social". In: NUNES (org). **Textos de Medicina Social - aspectos históricos e teóricos**. Global. São Paulo. 1983.
- SMEKE, E.L.M. (1989). **Democracia e Saúde: experiência de gestão popular - um estudo de caso**. Tese de doutoramento em Medicina - Saúde Coletiva. UNICAMP. Campinas.
- SMEKE, E.L.M. (1991). **Pós-graduação em Saúde Coletiva: elementos para reflexão**. PUCAMP, mimeo.
- SMEKE, E.L.M. (1991). Aspectos histórico-teóricos das relações Saúde/Sociedade. PUCAMP. Mimeo. (encaminhado para publicação na Revista da Faculdade de Ciências Médicas/PUCAMP)