

Os determinantes sociais da saúde na educação médica

Elisângela de Oliveira Canedo da Silva¹ e Elza de Fátima Ribeiro Higa²

¹Superintendência do Hospital das Clínicas de Marília, São Paulo, Brasil. eliscanedo@famema.br;

²Educação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, Brasil.
hirifael@gmail.com

Resumo. Introdução: o modo e as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem revelam todo esse contexto estrutural e se traduzem nos chamados Determinantes Sociais da Saúde. **Objetivo:** caracterizar a compreensão sobre os Determinantes Sociais de Saúde na perspectiva dos estudantes de medicina. **Metodologia:** esta pesquisa está fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com 35 estudantes da 5ª série de graduação e analisados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** emergiram quatro ideias centrais: contexto de vida das pessoas; condições socioeconômicas predispondo a várias doenças; necessidades de saúde; nunca ouvi falar. **Conclusões:** conclui-se que os estudantes compreendem os Determinantes Sociais de Saúde, a partir dos conceitos adotados pela Organização Mundial de Saúde, porém, sem avançar para uma prática pedagógica de apreensão e transformação da realidade.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Educação Médica; Educação em Saúde.

The social determinants of health in medical education

Abstract. Introduction: the way and the conditions, in which people are born, live, grow, work and grow old reveal this whole structural context and translate themselves into the so-called "Social Determinants of Health. This research is based on the Theory of Social Representations. **Objective:** characterize the understanding of SDH from the perspective of medical students. **Methodology:** the data were obtained through semi-structured interviews with 35 students of the 5th grade and analyzed in the light of the Collective Subject Discourse. **Results:** four central ideas emerged: people's living context; socioeconomic conditions predisposing to various diseases; health needs; I've never heard of. **Conclusions:** concluded that the students understand the SDH from the concepts adopted by the World Health Organization, however, without advancing to a pedagogical practice of apprehension and transformation of reality.

Keywords: Social Determinants of Health; Education Medical; Health Education.

1 Introdução

Há muito tempo evidencia-se que as condições sociais adversas e a inexistência e/ou ineficiência de políticas públicas - causadores das iniquidades de saúde - influenciam de modo incisivo na saúde da população (OMS, 2011).

As iniquidades de saúde entendidas como desigualdades injustas, (Borde, Hernández-Álvarez, & Porto, 2015; OMS, 2011) são um problema em todos os países e traduzem não apenas as desigualdades de renda e riqueza, mas também de oportunidades aos indivíduos (OMS, 2011).

O modo e as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem revelam todo esse contexto estrutural e se traduzem nos chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Conforme aponta a Organização Mundial da Saúde (OMS), os DSS referem-se aos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, psicossociais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. De um modo geral, considera-se que os DSS são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde (OMS, 2011).

Existem modelos conceituais que procuram representar os diversos níveis dos DSS. A OMS considerou dois modelos que pudessem orientar essa discussão: o modelo de Dhalgren e Whitehead em 2008 e o modelo de Solar e Irwin em 2011 (OMS, 2011).

No modelo de Dhalgren e Whitehead (Figura 1), os determinantes são abordados em camadas, desde uma camada mais próxima de determinantes individuais até uma camada distal que compreende os macrodeterminantes. A figura abaixo permite um delineamento sobre as respectivas camadas.



Fig. 1. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde por Dhalgren e Whitehead (Garbois, Sodré, & Dalbello-Araujo, 2017).

Na primeira camada, base do modelo, está os indivíduos com suas características referentes   idade, sexo e fatores hereditários. Na camada seguinte aparecem os comportamentos e estilos de vida individuais, os quais n  s  são dependentes de op es individuais, mas também de determinantes como acesso   informa o, espaços de lazer, alimentos saudáveis, entre outros. As redes sociais e comunitárias constituem a próxima camada, expressando, de acordo com sua organiza o, maior ou menor grau de coesão social. Os próximos determinantes a serem considerados estão no conjunto dos fatores relacionados às condi es de vida e trabalho dos indivíduos, incluindo neste, oferta de alimentos, agricultura, acesso aos serviços essenciais como saúde, educa o, habita o e saneamento básico (Garbois et al., 2017). Por fim, a última camada compreende os macrodeterminantes relacionados às condi es econ micas, culturais e ambientais da sociedade, os quais buscam explicar os diferentes perfis de doenças decorrentes de certos tipos de desigualdades sociais. A esses cabem um grande investimento das políticas públicas (Borde et al., 2015).

No modelo de Solar e Irwin (Figura 2), os DSS aparecem sob dois conjuntos de determinantes: os determinantes intermediários da saúde e os determinantes estruturais das desigualdades de saúde.

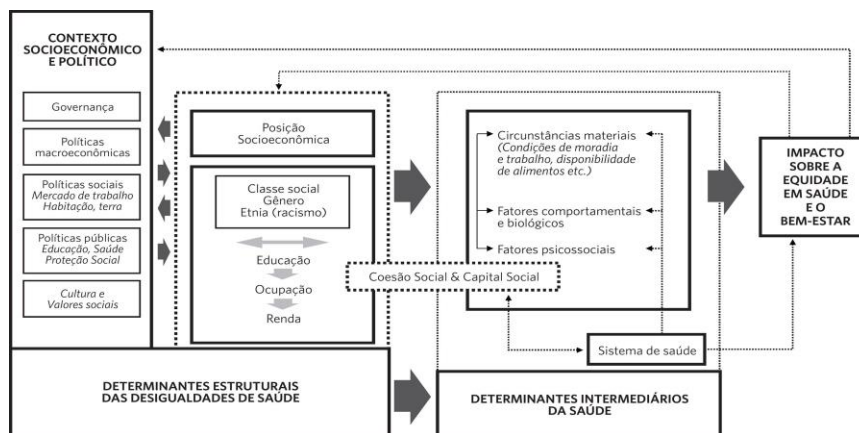
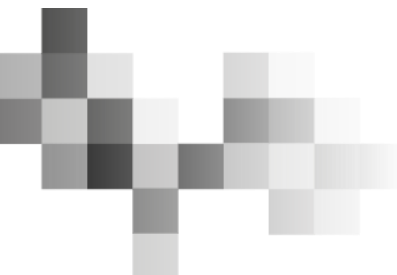


Fig. 2. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde por Solar e Irwin, (Garbois et al., 2017).



Os determinantes intermediários correspondem às categorias das circunstâncias materiais, dos fatores comportamentais e biológicos, dos fatores psicossociais e do próprio sistema de saúde. Já, os determinantes estruturais expressam o modo como os fatores contextuais dão origem às posições socioeconômicas, essas que, por sua vez, são determinadas de acordo com os fatores de renda, educação, ocupação, classe social, etnia e gênero. Nesse modelo, a coesão social e o capital social atravessam os dois conjuntos de determinantes – os intermediários e os estruturais. Embora haja muitas similaridades em ambos os modelos conceituais, há uma diferença importante entre eles na projeção periférica dada aos determinantes estruturais (Garbois et al., 2017).

Garbois et al. (2017) ao analisarem os dois modelos esquemáticos afirmam que Solar e Irwin deram uma posição de maior destaque às causas estruturais, aproximando-as de uma ideia de base e, conseqüentemente, de prioridade aos módulos das condições de vida. Ainda, segundo os autores, o recurso da seta dá importância às relações entre os determinantes estruturais e os intermediários, o que, por sua vez, não significa uma mudança de paradigma.

Assim, pensar esses determinantes na formação médica é de fundamental importância, tendo em vista o compromisso dos profissionais desta área na redução das lacunas das iniquidades de saúde bem como na melhora da saúde da população (Vanderbilt, Baugh, Hogue, Brennan, & Ali, 2016).

Vanderbilt et al. (2016) trazem que aperfeiçoar a educação médica considerando essa realidade social têm se apresentado como uma das maneiras para diminuir essas lacunas. Aliás, não somente aperfeiçoar a educação médica, mas também transformá-la (Ferreira, Fresta, Simões, & Sambo, 2014; Moreira, Araújo, Ribeiro, & Siqueira-Batista, 2015; Tonhom et al., 2014), rompendo com o modelo de ensino médico flexneriano que, dos primórdios do século XX até os dias atuais, interfere no processo de ensino e de aprendizagem.

O modelo flexneriano tem sua centralidade no aspecto biológico do processo saúde-doença (Maeyama, Cutolo, Chaves, & Barni, 2016) e nos cenários hospitalares (Ferreira et al., 2014; Moreira et al., 2015). Sob ele, os aspectos sociais, coletivos e ambientais possuem importância secundária na formação do estudante, ou até mesmo não é considerado, uma vez que não são percebidos como parte do processo saúde-doença (Moreira et al., 2015).

Esse modelo de educação, que se originou nos Estados Unidos da América e Canadá, alcançou a educação médica de diversos países e trouxe questionamentos sobre o perfil do profissional formado, sendo esses relacionados à qualidade da educação, orientação e às escolhas inadequadas das carreiras dos estudantes, demandando assim novas abordagens pedagógicas e inovações curriculares na formação médica (Ferreira et al., 2014; Moreira et al., 2015).

No Brasil, com o movimento da reforma sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgem mudanças do modelo assistencial de saúde vigente e, conseqüentemente, nos conteúdos de aprendizados e formação dos profissionais (Moreira et al., 2015; Tonhom et al., 2014).

A Lei 8080/90 também contribuiu com esse contexto de transformações, considerando a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, meio ambiente, transporte, atividade física, lazer, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde (Brasil, 1990).

No cenário educacional tem-se o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos em medicina (Moreira et al., 2015; Tonhom et al., 2014), as quais delineiam uma formação que considera os elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, contextuais e outros relacionados ao processo saúde-doença (Brasil, 2014).

Nesse sentido, as instituições formadoras são convidadas a transformar suas práticas pedagógicas, a fim de estimular os estudantes a novos conhecimentos em prol da obtenção de competências e habilidades essenciais à prática profissional em saúde (Moreira et al., 2015).

Portanto, as DCN cumprem um papel importante no processo de mudanças, uma vez que são referenciais na organização dos cursos, colocando em evidência a necessidade de essas instituições comprometerem-se aos princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Todavia, por se constituírem apenas

uma indicação no modo de organizar o currículo, as instituições de ensino podem não acolher suas orientações, visto a autonomia que possuem por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Silva & Santana, 2015).

Frente a essa autonomia, muitas instituições de medicina tem sido resistentes às alterações dos currículos e à implementação de novas estratégias de ensino, permanecendo com o currículo tradicional que privilegia a transmissão unidirecional do conhecimento em detrimento de um modelo que atenta para a construção de saberes (Ferreira et al., 2014; Tonhom et al., 2014).

Em contraponto, algumas instituições de educação médica, orientadas pela DCN, caminham na construção do preconizado pelo SUS, dentre elas, a Faculdade de Medicina de Marília que propõe um desenho curricular no qual considera as dimensões sociais, psicológicas e a compreensão do processo saúde-doença bem como favorece a formulação do plano de cuidado das pessoas (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

Assim, considerando como pressuposto orientador desta pesquisa os DSS na educação médica, o objeto deste estudo é a compreensão dos DSS na perspectiva dos estudantes de medicina.

2 Objetivo

Caracterizar a Representação Social dos estudantes de medicina sobre os determinantes sociais da saúde.

3 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, fundamentada nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (TRS) acerca da compreensão que os estudantes da 5ª série de medicina têm sobre os DSS.

A TRS possibilita a apreensão das percepções sobre o pensamento, ação e sentimento que elaboram e expressam a realidade, sendo capazes de explicá-la, justificá-la ou questioná-la (Minayo, 2013). Além disso, propicia um olhar dirigido aos saberes produzidos no cotidiano da sociedade, por meio da comunicação, cultura, códigos, símbolos, valores e ideologias compartilhados sobre um mesmo fenômeno, entre os diferentes grupos sociais, que são formas de conhecimento para a construção de uma realidade (Guerra & Ichikawa, 2013).

Na proposta por Moscovici, a sociedade tem pensadores ativos que comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões (Moscovici, 2009).

A abordagem qualitativa é utilizada para uma melhor interpretação do campo a ser pesquisado, uma vez que o pesquisador encontra-se dentro da realidade estudada (Triviños, 1987). Além disso, segundo Minayo, a pesquisa qualitativa é capaz de auxiliar na busca dos significados e das intencionalidades, bem como possibilita a compreensão das relações e estruturas sociais (Minayo, 2013).

Assim, essa pesquisa foi desenvolvida na área da medicina, em uma instituição de ensino superior do interior paulista, a qual desenvolve um currículo integrado e orientado para o desenvolvimento de competência profissional. Esta instituição, em consonância com as DCN e com os princípios do SUS, em seu curso de Medicina, ao longo de todo processo formativo, busca o desenvolvimento de habilidades nas áreas do cuidado individual e coletivo, gestão dos serviços e iniciação científica. O Projeto Pedagógico (PP) desse curso indica a intencionalidade de formar profissionais que atuem na lógica da integralidade do cuidado, por meio do desenvolvimento articulado dos atributos cognitivos, afetivos e psicomotores, realizados em cenários diversos da rede de cuidados à saúde (Faculdade de Medicina de Marília, 2014; Higa et al., 2016).

Participaram 35 estudantes que cursaram a quinta série de medicina no ano de 2017. A escolha dos participantes foi de modo intencional na série com os primeiros 40 estudantes que passaram o primeiro semestre em uma unidade hospitalar.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada que, segundo Triviños, não só valoriza a presença do investigador como também oferece todas as possibilidades para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação (Triviños, 1987). A pergunta orientadora foi: Você pode me dizer o que compreende sobre os determinantes sociais da saúde (DSS)?

Os dados foram coletados pela pesquisadora, no período de junho a setembro do ano de 2017. As entrevistas foram realizadas dentro do horário de estágio dos estudantes com agendamento prévio e tempo estimado de 15 minutos. Antes de iniciar a entrevista, os estudantes foram informados sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo. As entrevistas foram gravadas, considerando esta uma opção adequada para se obter a fidedignidade das falas.

A interpretação dos dados obtidos foi desenvolvida por meio da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada nos pressupostos da TRS (Lefèvre, 2017).

O DSC é uma forma de traduzir as Representações Sociais (RS) obtidas de pesquisas empíricas, representações essas que partem de opiniões ou expressões individuais para um modo coletivo de pensar. Isso é possível por meio de um movimento dialético, no qual os conteúdos comuns às distintas opiniões de sentido semelhante são agrupados em categorias gerais para a formação de um depoimento síntese, representante de uma coletividade. O resultado, nesse sentido, se configura numa descrição sistematizada da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico, ambas funções do pesquisador (Lefèvre, 2017).

Para descrever a função do pesquisador nesse processo, Lefèvre (2017) se utiliza de uma expressão figurativa, comparando o pesquisador a um parteiro e um inventor. Para o autor, na técnica do DSC, o pesquisador assume a função de um “parteiro” ao dar a luz a uma opinião coletiva e de “inventor” ao interpretar a representação social que o ator social dá ao mundo que vive, ou seja, é agora o sentido que o pesquisador dá ao sentido dado pelo ator social.

Tendo por objetivo resgatar as RS, o DSC é constituído das seguintes figuras metodológicas: Expressões-chave (EC), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As EC se referem às partes mais significativas do depoimento individual, deve-se extrair o essencial do conteúdo, tendo sempre como parâmetro a pergunta orientadora; as IC indicam o sentido do depoimento, a marca do discurso, refere-se a uma formulação sintética do pesquisador; a AC é a expressão que representa uma dada teoria que o autor do discurso se apoia para dar sentido a uma situação que a ele se apresenta e, por fim, o DSC é a composição textual das EC, da qual IC ou AC apresentam sentidos semelhantes ou complementares. A Categorização apoia esse processo e é por meio dela que se reúnem os sentidos comuns dos depoimentos em uma dada categoria (Lefèvre, 2017).

Concisamente, a construção do DSC consiste em selecionar as EC de cada depoimento dos entrevistados, por conseguinte, as IC. Depois, a partir das IC selecionadas, construir um discurso síntese na primeira pessoa do singular, o qual dará voz aos coletivos.

Em se tratando dos aspectos éticos e legais contidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob o parecer nº. 2.104.106. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados.

4 Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 35 estudantes da 5ª série do Curso de Medicina. Dos entrevistados 57% (20) eram do sexo feminino e 43% (15) do sexo masculino. A idade variou de 21 a 30 anos. Quanto à formação acadêmica, dois estudantes já possuíam outro curso de graduação.

Da análise dos dados obtidos sobre a compreensão dos DSS durante a formação médica emergiram quatro ideias centrais que estão apresentadas na Tabela 1, seguidas de seus respectivos discursos.

Da primeira ideia central “contexto de vida das pessoas” (Tabela 1) têm-se um sujeito coletivo que elenca os fatores que possam interferir no processo saúde-doença dos indivíduos. Os fatores evidenciados, em sua maioria, aparecem sob o conjunto de determinantes intermediários, encontrados nos dois modelos conceituais de DSS adotados pela OMS (OMS, 2011).

Os determinantes intermediários são aqueles que compreendem os fatores biológicos, comportamentais, psicossociais e circunstâncias materiais. O Sistema de Saúde também aparece como um determinante intermediário, tendo em vista sua influência nas barreiras de acesso (Borde et al., 2015; Garbois et al., 2017). O discurso do sujeito coletivo revela-os: “lugar onde a pessoa mora”, “como ela trabalha”, “condição social e habitação”, “condição de saúde básica”, “saneamento básico”, “acesso à saúde e informação”, “questão ambiental, familiar, psicológica” e “estilo de vida”. Determinantes que operam de acordo a posição socioeconômica de cada indivíduo (Borde et al., 2015). A educação, com seus condicionantes escolaridade e cultura, revelada no discurso do sujeito coletivo, também é compreendida como um DSS e aparece em ambos os modelos conceituais, porém, em formatos diferenciados. No modelo de Dahlgren e Whitehead, a educação encontra-se inserida no conjunto dos determinantes intermediários, já no modelo de Solar e Irwin, ela é considerada no campo dos determinantes estruturais, estes entendidos como motores estruturais das condições de vida dos indivíduos (Borde et al., 2015).

O fator renda, abrangendo a área econômica e socioeconômica revelado no discurso, já é compreendido como um determinante estrutural em ambos os modelos. Tem-se que são eles – os determinantes estruturais - a gênese das posições socioeconômicas que, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (Garbois et al., 2017). Além disso, são esses determinantes que geram e reforçam as hierarquias sociais (Borde et al., 2015).

De um modo geral, tem-se que os determinantes estruturais operam sobre os determinantes intermediários para produzir efeitos na saúde e estes em conjunto constituem os determinantes sociais da saúde. Essa junção entre os dois tipos de determinantes também foi revelada pelo sujeito coletivo através do seguinte discurso: “São fatores sociais, econômicos, emocionais, psicológicos e a compreensão dele sobre a doença”, o que demonstra uma aproximação com os conceitos de DSS propostos pela OMS.

Tabela 1. Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 35 estudantes da 5ª série de Medicina, em resposta ao disparador: *Você pode me dizer o que compreende sobre os determinantes sociais da saúde (DSS)?*

Ideia Central (1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1)
Contexto de vida das pessoas	Eu acho que é o papel social sobre o fator saúde-doença do paciente, eu suponho que os determinantes sociais da saúde sejam o lugar onde a pessoa mora, sua renda, como que ela trabalha e seu acesso à saúde e educação. A questão ambiental, familiar, psicológica se relacionando. Eu acho que é a escolaridade, condições de saúde básica, essas coisas da área econômica e socioeconômica que interferem no processo saúde-doença. A condição social e de habitação, saneamento básico, estilo de vida, acesso à informação e cultura. São fatores sociais, econômicos, emocionais, psicológicos e a compreensão do paciente em relação à doença. (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P13, P14, P15, P17, P18, P19, P22, P25, P28, P29, P31, P32, P33, P35)
Ideia Central (2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2)

Condições socioeconômicas predispondo a várias doenças	Eu tive uma atividade onde estudei a prevalência, a incidência e um pouquinho dessa correlação, mais para a epidemiologia. Por exemplo, se a pessoa mora em um local aonde não tem saneamento básico, ela vai ter determinado tipo de doença ou se ela não tem orientação sobre alimentação também pode aumentar a prevalência do problema de colesterol, diabetes, hipertensão. Em uma classe social mais baixa, ela tem mais chance de apresentar algum tipo de doença, alguma comorbidade, a pobreza mesmo e o baixo nível de desenvolvimento socioeconômico predispõe a várias doenças. É o quanto a esfera social da pessoa pode justificar ou explicar o processo de adoecimento dela. É como o meio social que a pessoa está inserida vai determinar os problemas de saúde que ela possa ter. (P3, P10, P12, P16, P20, P34)
Ideia Central (3)	Discurso do Sujeito Coletivo (3)
Necessidades de saúde	Eu entendo também que seja o que a gente conhece como as necessidades de saúde, eu me lembro da autonomia, da parte da tecnologia, seria mais a interpretação do paciente como um todo (P3, P11, P15, P21, P24, P27)
Ideia Central (4)	Discurso do Sujeito Coletivo (4)
Nunca ouvi falar	Nunca ouvi falar, não tenho ideia do que seja, pelo menos não com esse nome específico. (P23, P26, P30)

Na segunda ideia central, “condição socioeconômica predispondo a várias doenças” (Tabela 1), o discurso do sujeito coletivo caminha para uma compreensão dos DSS que perpassa pela epidemiologia clássica. Ao afirmar que “em uma classe social mais baixa, ela tem mais chance de apresentar algum tipo de doença”, esse sujeito coletivo já identifica a condição socioeconômica do indivíduo como a causa ou fator de risco de sua saúde.

De acordo com Malagón-Oviedo (2017), a epidemiologia clássica ou convencional pode ser entendida como uma disciplina que estuda a distribuição e a frequência de doenças e suas possíveis causas, com vistas ao desenvolvimento de ações estratégicas e programas de saúde. Sua especificidade está na comparação de população e grupo orientada por afirmações lógicas que procuram delimitar um tipo de causa entre o fenômeno estudado e as possíveis variáveis que o explicam. No entanto, essas variáveis são tomadas a partir de características pessoais, de tempo e local.

Os exemplos apresentados por esse mesmo sujeito coletivo são reconhecidos nessa perspectiva: “se a pessoa mora em um local aonde não tem saneamento básico, ela vai ter determinado tipo de doença”, “se ela não tem orientação sobre alimentação também pode aumentar a prevalência do problema de colesterol, diabetes, hipertensão”. Percebe-se aqui claramente a ideia de causa, conceito central e basal do conhecimento epidemiológico clássico. Também, a presença de um determinante baseado no indivíduo, isto é, num nível individual e não na coletividade.

Breilh (“Entrevista: Jaime Breilh,” 2015) apresenta críticas quanto às categorias de pessoa, tempo e espaço da epidemiologia convencional. Para o autor, ela estuda o individual, em vez do coletivo; o lugar físico em vez da geografia crítica do processo, a qual está em movimento; e o tempo como uma fotografia estagnada e não como uma história dos acontecimentos, o que implica em reduzir a realidade ao plano dos fenômenos diretamente observáveis.

A expressão “a pobreza mesmo e o baixo nível de desenvolvimento socioeconômico predispõe a várias doenças” também reafirma o modo de causalidade adotado pela epidemiologia clássica. E o fato aqui não é dizer que a pobreza e baixo nível de desenvolvimento socioeconômico não interfiram nas condições de saúde do indivíduo, ao contrário, há estudos que apresentam a pobreza como uma causa raiz de vários problemas de saúde (Chamberlain et al., 2016; Crampton, Hetherington, McLachlan, & Illing, 2016). Nosso objetivo é apreender a representação social desse discurso que perpassa pela modelagem da epidemiologia clássica juntamente com a aproximação do conceito de DSS propostos pela OMS.

A ideia central “necessidades de saúde” (Tabela 1) decorre de um dos prismas da integralidade da atenção que permeia os processos de ensino-aprendizagem e se traduzem nas necessidades de saúde.

Para melhor apreensão desse discurso do sujeito coletivo, adotamos aqui a definição e a cartografia das necessidades de saúde de Cecílio, tendo em vista sua utilização no currículo educacional da Faculdade de Medicina de Marília cenário deste estudo (Faculdade de Medicina de Marília, 2016).

Para Cecílio (2015), a ideia de uma cartografia das necessidades de saúde propicia uma discussão mais ampliada acerca do que vem a serem essas necessidades. O autor oferece quatro grandes conjuntos para apreensão delas. Um primeiro compreende o reconhecimento das “boas condições de vida”, abrangendo os fatores determinantes do processo saúde-doença como a situação de trabalho e renda, estrutura familiar, entre outros fatores que colocam o indivíduo em uma situação de vulnerabilidade. Um segundo conjunto de necessidades diz respeito ao acesso e uso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, incluindo os recursos terapêuticos. Um terceiro refere-se à criação de vínculos (a)fetivos entre o indivíduo e uma equipe e/ou um profissional. E um quarto e, último conjunto de necessidades trata da autonomia do indivíduo no seu modo de viver a vida, com seus sentidos, desejos e satisfações de suas necessidades.

Ao compreender os DSS como necessidades de saúde, partindo do reconhecimento que temos das “boas condições de vida” e acesso às tecnologias, esse sujeito coletivo reconhece, em parte, fatores que interfiram no processo saúde-doença. Entretanto, ao enfatizar em seu discurso a questão da autonomia, esse mesmo sujeito coletivo se distancia da proposta de DSS adotada pela OMS.

A quarta ideia central “nunca ouvi falar” revela um sujeito coletivo que não possui referência alguma acerca dos DSS, tanto quando afirma “nunca ouvi falar” como “pelo menos não com esse nome específico”, não realizando nenhuma associação com os conteúdos evidenciados em seu currículo de formação (Faculdade de Medicina de Marília, 2016).

Currículos na educação médica têm sido repensados em diversos países, no sentido de aproximar os estudantes das realidades socioenômicas de seus pacientes, pois a educação médica tradicional deixa de ensinar os estudantes a identificarem e abordarem as condições de vida dos indivíduos (Chamberlain et al., 2016; Crampton et al., 2016; Klein, Schumacher, & Sandel, 2014; Vanderbilt et al., 2016).

5 Considerações Finais

Considerando o objetivo dessa pesquisa, é importante destacar a relevância da Teoria de Representações Sociais bem como da técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo que permitiram ampliar o olhar para a compreensão do objeto de estudo. De modo que foi possível caracterizar a Representação Social dos estudantes de medicina sobre os DSS.

Uma parte significativa dos entrevistados compreende os DSS a partir dos conceitos adotados pela OMS, ora perpassando o caminho da epidemiologia clássica, ora por um conjunto de necessidades de saúde e muito mais sob o ponto de vista de fatores geradores de problemas de saúde. Outra parte dos estudantes entrevistados refere desconhecer o termo DSS, não conseguindo associá-los a nenhum conteúdo vivenciado na formação.

Não houve nenhum discurso que pudesse superar a noção de causalidade e se aproximar de uma análise das relações dialéticas existentes.

Assim, é possível perceber que mesmo a educação médica orientada pelas DCN, quando alcançam os elementos relacionados ao processo saúde-doença, não conseguem avançar para uma prática pedagógica de apreensão e, conseqüentemente, transformação da realidade.

Referências

- Borde, E., Hernández-Álvarez, M., & Porto, M. F. S. (2015). Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, 39(106), 841-854.
- Brasil. (1990). *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2014). *Resolução CNE/CES 3/2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior*. Brasília: Ministério da Educação.
- Cecílio, L. C. O. (2015). *Curso de aperfeiçoamento em saúde mental - módulo 4 - o cuidado em saúde*. São Paulo: UNIFESP.
- Chamberlain, L. J., Hanson, E. R., Klass, P., Schickedanz, A., Nakhasi, A., Barnes, M. M., . . . Klein, M. (2016). Childhood poverty and its effect on health and well-being: enhancing training for learners across the medical education continuum. *Academic Pediatrics*, 16(3 Suppl), S155-S162. doi:10.1016/j.acap.2015.12.012
- Crampton, P., Hetherington, J., McLachlan, J., & Illing, J. (2016). Learning in underserved UK areas: a novel approach. *The Clinical Teacher*, 13(2), 102-106. doi:10.1111/tct.12385
- Entrevista: Jaime Breilh. (2015). *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 533-540.
- Faculdade de Medicina de Marília. (2014). *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília.
- Faculdade de Medicina de Marília. (2016). *Necessidade de saúde 2 e prática profissional 2: 2ª série dos cursos de medicina e enfermagem*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília.
- Ferreira, A. V. L., Fresta, M., Simões, C. F. C., & Sambo, M. R. B. (2014). Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 133-141.
- Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41, 63-76.
- Guerra, G. C. M., & Ichikawa, E. Y. (2013). As representações sociais da agroecologia para a agricultura familiar: a visão de pesquisadores, extensionistas e produtores rurais. *Desenvolvimento em Questão*, 11, 40-73.

- Higa, E. F. R., Fátima, T. E., Ribeiro, C. M. H., Aguilar-da-Silva, R. H., Rocha, T. S. F., & Marmorato, H. M. L. B. (2016). *Avaliação do processo pedagógico em metodologia de aprendizagem ativa*.
- Klein, M. D., Schumacher, D. J., & Sandel, M. (2014). Assessing and managing the social determinants of health: defining an entrustable professional activity to assess residents' ability to meet societal needs. *Academic Pediatrics, 14*(1), 10-13. doi:10.1016/j.acap.2013.11.001
- Lefèvre, F. (2017). *Discurso do sujeito coletivo: novos modos de pensar, nosso eu coletivo*. São Paulo: Andreoli.
- Maeyama, M. A., Cutolo, L. R. A., Chaves, M. V., & Barni, R. S. (2016). Projeto Sérgio Arouca: relato de experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica, 40*(1), 118-127.
- Malagón-Oviedo, R. (2017). Epidemiología, saberes y prácticas: un análisis crítico. *Revista de Salud Pública, 19*(3), 416-422.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13 ed.). São Paulo: Hucitec.
- Moreira, A. S. S., Araújo, A. P. Q. C., Ribeiro, M. G., & Siqueira-Batista, R. (2015). Reflexões acerca do Ensino de Pediatria no Século XXI: o Cenário Brasileiro. *Revista Brasileira de Educação Médica, 39*(3), 339-343.
- Moscovici, S. (2009). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- OMS. (2011). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde*. In J. McCoy (Ed.), *Documento de discussão. Conferência Mundial sobre os determinantes sociais da saúde*. (pp. 1-47).
- Silva, V. O., & Santana, P. M. M. A. (2015). Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 19*(52), 121-132.
- Tonhom, S. F. R., Higa, E. F. R., Pinheiro, O. L., Hafner, M. L. M. B., Moreira, H. M., Taipeiro, E. F., & Amaral, A. P. C. G. (2014). Indicadores de avaliação do cuidado individual: subsídios para a formação médica orientada por competência. *Revista Brasileira de Educação Médica, 38*(3), 331-336.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa na educação*. São Paulo (SP): Atlas.
- Vanderbilt, A. A., Baugh, R. F., Hogue, P. A., Brennan, J. A., & Ali, II. (2016). Curricular integration of social medicine: a prospective for medical educators. *Medical Education Online, 21*(1), 30586. doi:10.3402/meo.v21.30586