

## VIOLÊNCIA E A INCLUSÃO DESTE TEMA NOS CURRÍCULOS MÉDICOS: BREVES REFLEXÕES

**Denise Ribeiro Barreto Mello**

Mestre em Cognição e Linguagem /UENF / RJ  
deniserbmello@gmail.com

### RESUMO

Mediante o fato de que a violência tem desafiado os atendimentos em saúde e a prática profissional que constantemente requer um preparo contínuo, este trabalho visa discutir três tópicos a respeito da formação médica e a inserção do tema da violência nos currículos médicos. O primeiro aborda a questão da violência como um grave problema de saúde pública; o segundo, decorrente do primeiro, discute a limitação do modelo biomédico para lidar de modo eficiente com o problema da violência; e, por fim, o terceiro, discute a educação médica bastante fincada nesse modelo, procurando sustentar, baseando-se em trabalhos atuais do CLAVES/FIOCRUZ, as possibilidades da inclusão do tema da violência nos currículos médicos, sendo este o objetivo central deste trabalho, para o qual utiliza-se como metodologia a pesquisa bibliográfica de cunho exploratório.

**Palavras-chaves:** Violência e Saúde, Educação Médica, Currículos Médicos.

### ABSTRACT

The issue of violence has challenged the care in health and professional practice that constantly requires continual preparation. This paper discusses, from a literature review three topics about education and inclusion of the theme of violence in medical curricula. The first addresses the issue of violence as a serious public health problem; the second, arising from the first, discusses the limitation of the biomedical model to deal effectively with the problem of violence; And, finally the third discusses the medical education rather stuck in this model, for support based on current work CLAVES/ FIOCRUZ, the possibilities of including the issue of violence in medical curricula, which is the main objective of this work, for which is used as the methodology literature of stamp exploratory.

**Key-words:** Violence and Health, Medical Education, Medical Curriculum.

## 1. Introdução

Numa área dominada pela mentalidade biomédica, '*as violências e os acidentes*' costumam ser vistos como um objeto estranho a seu universo conceitual. Porém, é preciso que todos saibam que o perfil de mortalidade e morbidade da população brasileira hoje é marcado mais pelas condições, situações e estilos de vida do que pelas enfermidades tradicionais. Violência e acidentes fazem parte desses problemas que devem merecer tanta atenção como a AIDS, o câncer e as enfermidades cardiovasculares (MINAYO, 2004, p. 646 - grifos da autora).

Esta citação de Minayo reflete em grande medida a intenção deste trabalho que visa focalizar: em primeiro lugar, a constatação de que indiscutivelmente a violência se tornou em grave problema de saúde pública com maior visibilidade a partir da década de 1980. O percentual de mortes e eventos violentos aumentou assustadoramente e alterou o perfil da morbimortalidade do Brasil (Yunes e Rajs *apud* DESLANDES, 2002, p. 15).

Esta constatação tem, entre outras, uma implicação importante que será o segundo tópico de discussão: a assistência em saúde segue a hegemonia do modelo biomédico que tem se mostrado ineficaz para atender as demandas sócio-psicológicas próprias deste tempo suscitadas, inclusive, pelo aumento da violência. Este modelo se contrapõe a um outro que tem sido preconizado pela OMS que conceitua saúde como total e completo bem-estar psicossocial.

Assim, o terceiro e último tópico abordados giram em torno da premissa de que a educação segue a hegemonia do modelo biomédico. O modelo biopsicossocial ofereceu maior possibilidade de atenção às complexidades contemporâneas, o que oferece muito mais ao campo de saúde como um todo. E, quanto à violência, um grave problema de saúde no Brasil e no mundo, este modelo abre ainda muitas possibilidades, inclusive a de se perceber a necessidade da inclusão deste tema nos currículos médicos.

O atendimento aos casos de violência requer um olhar ampliado para a problemática já que os danos dos atos violentos, embora em muitos casos demandem uma emergência física em prol da manutenção da vida, tem outros efeitos que se revelam a curto, médio e longo prazo, necessitando de uma visão mais abrangente para além dos sintomas físicos.

Desse modo, este trabalho utiliza como aporte metodológico a pesquisa bibliográfica de caráter exploratório e tem como objetivo principal fazer alguns apontamentos sobre a pertinência e urgência da inclusão do tema da violência nos currículos médicos de um modo mais efetivo.

A razão de focalizarmos o profissional médico em detrimento a outros também do campo da saúde deve-se a razões simples e de grandes desdobramentos, implicações e conseqüências. Deslandes (*op. cit.*, p. 49) designa como profissionais de saúde, mais especificamente no hospital (locus em que realizou seu trabalho de pesquisa), todos os trabalhadores que estão relacionados de modo direto com a assistência, fazendo, neste sentido, uma importante ressalva: "é necessário frisar a centralidade que o profissional médico desempenha na divisão do trabalho hospitalar". Fica como questão se a posição central ocorra em todo o campo da saúde. Continua a autora:

(...) O médico é quem conjuga o saber-poder hegemônico (...) quem decide sobre o diagnóstico, sobre a necessidade de exames complementares, sobre a terapêutica, sobre o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta, sobre a internação e a alta hospitalar. É ele que pode delegar partes do trabalho assistencial a outros trabalhadores (que, embora também tenham relativa autonomia, dependem do trabalho médico) (*idem*, p. 49).

Portanto, a discussão em torno da relação violência e formação/educação médica é de grande pertinência e relevância. É o que este trabalho se propõe a realizar brevemente aqui.

## 2. O imbricamento violência e saúde

A violência é parte da vida humana em sociedade como produto das relações, da impossibilidade de uma comunicação plena e dos conflitos por poder. Neste sentido, Minayo (2006, p.15) afirma que nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram sociedades mais violentas que outras cada uma com sua história.

A violência tem uma história que se revela na história das sociedades, *lôcus* em que ela se manifesta de modo plural, sempre evocando um debate sobre questões relativas a vida humana. Toda sociedade

convive com a violência, suas causas não são naturais, biológicas. Ela se apresenta tanto de formas permanentes e institucionalizadas (maus tratos, violência conjugal etc.) como estruturais (políticas, econômicas, educacionais).

A década de 80 assistiu o surgimento de inúmeros estudos e discussões sobre o tema, uma vez que passou a haver maior visibilidade social das relações e atos violentos. Minayo, em 1990, realizou o levantamento dos "materiais produzidos desde o início do século XX até o final da década de 80" e constatou que 86% dos estudos científicos concentram-se na década de 1980, "quando então os estudos tomaram uma direção de crescimento em número, abrangência, inclusão de temáticas e complexidade das abordagens" (SOUZA, 2003, p. 49); tais estudos eram de temáticas variadas "acompanhando o agravamento da crise urbana" (ASSIS & CONSTANTINO, 2003, p. 163).

Por sua vez, os anos 90 viveram o fenômeno da globalização deslocando referências, locais de poder, produção, mercado, cultura, afetando padrões de sociabilidade e parâmetros de análise social. Ajustes econômicos e transformações nas relações de trabalho tornam-se referências importantes para análise das mudanças sociais. O Estado cedeu lugar ao uso privado, a "indústria da segurança" e o narcotráfico. Assim como a história é dinâmica, os modos, concepções e atos de violência também se alteram ao longo da história, acompanham o ritmo da humanidade. O que assistimos a partir de então foi uma grande mudança no cenário mundial, das relações de poder, nas atividades mercadológicas e tecnológicas que alteraram os modos de subjetivação e, conseqüentemente, as relações que são produtoras de sociabilidade e cultura.

Gilberto Velho (*apud* DESLANDES, 2002, p. 14) considera que a violência se fortalece nas sociedades que, como a brasileira, apresentam, por um lado, profundas desigualdades sociais e, por outro, uma frágil afirmação dos valores de cidadania e justiça; assim como um sistema ausente de reciprocidade social que articula grupos e classes, fazendo da violência um fruto do processo de negação profunda de alteridade, resultado de uma grave crise de sociabilidade.

Exclusão, desigualdade, discriminação, desprezo social e cultural, processo seletivo regulado basicamente pela lógica do mercado global, sentimento de injustiça e impunidade desenham o cenário presente da violência na sociedade moderna e deve ser encarada como um processo social complexo.

A relação saúde e violência instala-se no momento em que esta última acarreta lesões, traumas físicos e emocionais, e até mesmo a morte, decorrendo na necessidade de recorrer a discursos e a compreensão de um conjunto de problemas que se relacionam com a saúde (condição, situação e estilo de vida) que podem favorecer ou não a violência e tem produzido o que Minayo chama de "transição epidemiológica" (MINAYO, 2006, p.8-9). Tal mudança está associada à combinação de enfermidades próprias dos países desenvolvidos com as situações típicas daqueles ainda em desenvolvimento marcados por grande e intensas diferenças, desigualdades exclusão social.

A afirmação de Souza (2007, p.1212) já seria suficiente para que a violência tivesse prioridade na agenda de saúde:

A violência social que ocorre no Brasil e se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais tem demonstrado uma magnitude e uma intensidade sem precedentes, maiores até do que as observadas em países em situações de guerra (...) Ademais, as taxas de mortes violentas só refletem a ponta do *iceberg* cuja magnitude de eventos não-letais é ainda maior, mesmo se considerando a existência de sub-registros.

No final dos anos 80, as causas externas já eram as principais causas de morte da população brasileira. No Brasil há uma tendência crescente da taxa de mortalidade por violência em todas as faixas etárias. Como estas mortes ocorrem principalmente em jovens, o problema tornou-se alvo de preocupação de gestores de saúde por se constituírem como perdas de anos potenciais de vida justamente pelo avanço tecnológico e científico da medicina que se vê aterrorizada por uma outra causa de mortalidade que ela não é capaz de conter. A violência, portanto, constitui-se como uma forte ameaça à vida e como um grande e legítimo problema de saúde, uma vez que atinge toda a sociedade, muito embora não esteja restrito a ela.

Reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil a partir dos anos 90, embora com uma lenta entrada na agenda de prioridades, a violência está na pauta dos debates em saúde numa vertente preventiva. Mas até que ponto estes debates tem alcançado o cenário da educação e formação médica?

### 3. Ensino dos modelos de saúde: da concepção biomédica a biopsicossocial

Desde o início este trabalho tem se apoiado em Minayo (2004, p.646) para demonstrar a importância da inclusão do tema da violência nos currículos médicos de uma forma mais efetiva. Afinal são os médicos que ocupam na atualidade cargos estratégicos no setor saúde responsável pela elaboração, implementação e desenvolvimento de políticas, programas e projetos de ação e intervenção para a promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e prevenção a violência.

No entanto, alguns médicos especialistas em Psicologia Médica, tais como Mello Filho (1992, 2002, 2006), Eksterman (1992, 2006), Zimerman (2006), entre outros, têm proposto uma avaliação e reflexão sobre a pessoa do médico que disseminou, por razões históricas ao longo dos anos, uma imagem de onipotência, suscitando a necessidade de se repensar sua identidade e o quanto as respostas para a questão "o que é ser médico?" estão vinculadas a educação e formação médica amplamente pautada no modelo biomédico.

Tal modelo estruturado historicamente provocou um deslocamento da aproximação do homem como um todo multidimensional para se ater a órgãos, sistemas, disfunções ou anormalidades, deixando à margem o próprio homem, como um todo multidimensional. Hoje, há, então, a necessidade de um redimensionamento do objeto da tarefa médica: o doente e não a doença.

O modelo biomédico enfatiza o organismo e está impregnado pela concepção mecanicista decorrente da imposição de um padrão técnico e industrial que acabou influenciando todo o conhecimento científico, inclusive as ciências humanas. Ao aproximar o homem da máquina, deixou o sujeito fica à margem com uma priorização, às vezes excessiva, da doença: uma parte do organismo está enferma, precisa ser reparada para que todo o corpo retorne ao seu perfeito funcionamento e retome a produtividade.

Ancorada neste modelo, a formação médica pretere os aspectos biopsicossociais inerentes ao médico e ao paciente. Historicamente, o médico mudou o seu modo de exercer a medicina "de uma abordagem biográfica para uma outra nosográfica" (BARROS, 2002, p.5).

Como consequência principal, há uma supervalorização do conhecimento técnico em detrimento aos valores humanísticos que aproximam o médico da pessoa do doente:

As crises relacionadas ao ensino da medicina parecem estar ligadas à forma como o curso se estrutura. Não se tratando somente ao conteúdo escolar, mas da maneira como é desenvolvido ou apresentado, valorizando o conhecimento técnico/teórico e organicista, sem dar a devida importância ao desenvolvimento humanístico (VILLELA, 2006, p. 162).

A formação médica pautada no modelo biomédico traz implicações para os atendimentos de casos de violência decorrentes da concepção e percepção que se construiu e que continua se construindo a respeito deste tema. Em decorrência, os profissionais de medicina, como outros no campo de saúde, não se sentem preparados para lidar com a violência: "a maioria das disciplinas de saúde não contemplam em seus currículos e programas de educação continuada, a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência" (SALIBA, 2007, p. 473).

A formação médica é distante não apenas da pessoa do doente, mas da própria pessoa do médico que é esquecida e negada, inviabilizando um encontro com suas próprias limitações, como por exemplo, o medo (SOUZA, 2009, p. 330). "Não posso lidar com algo para o qual não estou preparada", foram as palavras de um aluno terceiroanista numa aula com os psicólogos em que, focalizando a questão da morte, abordava-se a relação médico-paciente.

Souza (2009) observa que os temas da violência são abordados geralmente no meio do curso de medicina, o que coincide com o terceiro ano. Villela (2006, p.162) considera que ao lado do primeiro ano e do internato, o terceiro ano é identificado como um momento crítico em que estatisticamente se evidenciam as "principais crises do curso médico".

A formação médica tem dificuldades que lhe são naturalmente pertinentes - por exemplo, o manuseio dos cadáveres, contato direto com o sofrimento, dor e morte, que podem ser acirrados nos casos de violência - portanto, não se pretende aqui apresentar o modelo biopsicossocial para eliminar todas estas dificuldades, mas como uma alternativa viável para cuidar das pessoas no mundo atual altamente complexo em que vivemos, favorecendo, inclusive a aproximação do médico de sua própria pessoa, como um retorno a sua própria humanidade, possibilitando assim que ele esteja mais próximo das pessoas que ele atende.

Neste modelo, as dicotomias podem ser superadas e pólos aparentemente opostos como corpo e mente,

subjetivo e objetivo, biológico e social, podem ser colocados dialeticamente em relação de continuidade, possibilitando assim que o ser humano seja contemplado em suas múltiplas dimensões além do biológico, psicológico e social, tais como o antropológico, econômico, histórico etc.

O enfrentamento da violência no campo da saúde pode ser melhor vislumbrado a partir desta proposta em que diferenças não levam a exclusão ou desigualdade, mas apontam para a possibilidade da convivência e da complementaridade, valorização da alteridade.

O modelo biopsicossocial preconiza a superação do "conceito de enfermidade como processo local e a interpretação do organismo em termos exclusivamente físico-químicos", outras dimensões tem que ser necessariamente consideradas (PERESTRELLO, 1987, p. 28).

DeMarco (2006, p.64) afirma que a perspectiva desse novo modelo além de compreender as dimensões física, psicológica e social, proporciona uma visão integral do ser humano e, quando incorporada a formação do médico, aponta para a necessidade de que o profissional mantenha-se num processo constante de formação, para além do aprendizado técnico e do aperfeiçoamento das habilidades instrumentais. As capacidades relacionadas também evoluem e permitem ao médico estabelecer vínculo e comunicação adequados e efetivos, favorecendo a abordagem dos casos de violência.

#### 4. Violência nos currículos médicos

Em se tratando de formação médica, as mudanças curriculares têm geralmente como ponto de partida críticas ao modelo biomédico que se tecem com base na "insatisfação do atendimento da população" e na necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica (KOIFMAN, 2001, p. 50).

O profissional de saúde é uma figura estratégica para identificar e desenvolver iniciativas de combate à violência que acomete sujeitos e grupos populacionais de maior risco (mulheres, crianças, adolescentes, idosos, deficientes), e os crescentes índices de violência na sociedade torna a preocupação com a formação profissional uma necessidade urgente.

É na prática cotidiana do trabalho em saúde que as debilidades da formação se revelam. A grande maioria das dificuldades enfrentadas está relacionada ao processo de formação e capacitação das equipes de saúde, havendo a necessidade do desenvolvimento de estratégias para superar esses problemas.

No caso da medicina, de um modo geral, o tema da violência aparece raramente nos currículos que formam profissionais de saúde. Segundo Souza (2004, p. 4), nos atendimentos a casos de violência a questão é reduzida a um caso de polícia, prejudicando o entendimento do quanto esta provoca agravos à saúde. A formação profissional fundamentada no complexo médico-hospitalar provoca o foco nos sinais e sintomas e a dissociação teoria-prática, o que resulta numa visão fragmentada do ser humano.

Ainda segundo Souza (2004, p. 4), trata-se de "uma educação de natureza acrítica e sem historicidade. Com frequência neste modelo, os profissionais não percebem os laços estruturais entre corpo e sociedade em virtude de sua formação ainda arraigada num sistema biologizante".

É necessário superar a ilusão de atender um sujeito apolítico a concepção de que ciência e política são duas esferas distintas e tal como água e óleo não se misturam, colocando de um lado o sujeito individualizado e seu desejo alienado e de outro as estruturas sociais, "demarcando uma larga fronteira entre o pensar numa prática de saúde coletiva e outro pensar no individual, fundando uma concepção dicotomizada sobre saúde" (MELLO, 2006, p. 46).

O campo da educação médica, como outros na saúde, necessita de outros modelos de saúde, como o biopsicossocial, para formar profissionais que se aproximem das necessidades dos usuários dos serviços de saúde, que desenvolvam uma clínica menos fechada numa didática da experiência ideal e mais voltada para o encontro entre o médico e o doente (FOUCAULT, 2004, p. 58).

O redimensionamento do ensino em saúde deve passar a valorizar e priorizar espaços coletivos, trabalhos em grupo, vivências, participação e produção do conhecimento, a fim de formar profissionais críticos e politizados. Portanto, proteção, recuperação e reabilitação numa participação cidadã devem ser elementos norteadores da formação em saúde, baseado numa proposta interdisciplinar, integralizadora, contextualizada e humanitária.

É fundamental que os acadêmicos sejam sensibilizados desde a graduação para os problemas sociais que afetam a vida e a população, entendendo o quanto o seu papel é importante e estratégico como parte do contexto social no combate à violência e na promoção de uma cultura de paz.

A formação profissional hoje, seja na capacitação ou na produção técnico-científica, constitui-se como um grande desafio no campo da saúde. A predominância do modelo biomédico na educação médica, em particular, é um dos motivos pelos quais isto vem ocorrendo à medida que ocasiona uma fragmentação do saber ao se priorizar o aspecto biológico em detrimento a todos os outros também presentes e pertinentes nos contextos de saúde como demonstrado no tópico anterior. Desse modo, a inclusão do tema da violência nos currículos médicos é uma necessidade, um obstáculo a ser superado, se o que se deseja é uma transformação da saúde, principalmente no âmbito do SUS (SOUZA, 2008, p. 14).

Segundo Souza (*idem*), está é uma discussão de mais de 30 anos, tempo em que tem se levantado uma grande preocupação em mudar as diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, a fim de formar profissionais melhor preparados para lidar com as demandas sociais para atender "com competência às expectativas da população tanto na produção do conhecimento quanto na prestação de serviço". Com este objetivo, diversos mecanismos e dispositivos foram criados e instituídos pelos Ministérios da Saúde e educação tendo em vista esse objetivo.

Edinilsa Souza, pesquisadora do Claves/Fiocruz, ao lado de outros pesquisadores, realizou três estudos exploratórios em 2004, 2008 e 2009. O primeiro propõe a inclusão do tema da violência contra a mulher nos currículos de enfermagem. Nesse estudo, os autores afirmam que há uma defasagem destes temas nos currículos de graduações em saúde, assim também no que tange a violência estrutural, o que, segundo eles.

Denota uma carência de debates sobre as macro questões que são o pano de fundo para os complexos problemas sociais brasileiros e que determinam as formas de adoecimento e morte de nossa população (...) retrato possível dos escassos e recentes estudos sobre a temática nesses grupos sociais específicos" (SOUZA *et.al.*, 2004,p.4).

Considerar a violência como problema de saúde pública implica pensar numa formação em saúde que priorize a oferta de atendimento de qualidade, integral e humanizado, estando o profissional apto para diagnosticar, cuidar e prevenir casos de violência como uma competência básica adquirida, desenvolvida na graduação e aperfeiçoada no processo de capacitação contínua (op. cit., p.3).

Assim, a inserção do tema da violência nos currículos dos cursos que formam para o campo da saúde responde a escassez que ocorre no setor que deve ter como meta formar profissionais para atuar no SUS numa prática contextualizada e articulada as necessidades da sociedade, atendendo as propostas do Ministério da Educação em suas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde.

São estes serviços que recebem casos de violência, em que os profissionais estão em posição estratégica para identificar, tratar, notificar, referir e prevenir com a possibilidade de quebrar os seus efeitos cíclicos, evitando possíveis reincidências (DESLANDES, 1999, p. 83).

O processo formativo deve abarcar diversas dimensões da vida humana - social, econômica, cultural etc. - e considerar como permanente a formação que se iniciou na graduação, mas que deverá se manter na prática profissional. Isto requer uma "reorientação pedagógica, centrada no desenvolvimento de aptidão de aprender, na adoção de metodologia de ensino, aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem, e no professor como facilitador do processo de construção do conhecimento" (SOUZA, 2004, p. 5).

Já o estudo de 2008, propõe a inclusão do tema violência intrafamiliar nos currículos de medicina e enfermagem, uma vez que é no ambiente familiar que ocorrem muitos atos violentos, fazendo da violência familiar um problema de saúde pública.

Segundo Souza (2008, p. 18), a violência deve deixar de ter uma abordagem pontual e fragmentada nos currículos em saúde e passar a ocupar espaços em diversas disciplinas, principalmente nos primeiros anos do curso, possibilitando uma ampliação do conhecimento bem como o desenvolvimento de habilidades e atitudes, para que os acadêmicos possam incorporar ações para prevenção e promoção da saúde.

Estudos realizados e explorados por Souza *et.al* neste trabalho (2008, p. 14) têm demonstrado que há um aumento da consciência médica para os casos de violência, indicando que o tema deve ocupar oficialmente espaços nos currículos bem como desenvolver programas de capacitação permanente para as equipes de saúde.

No entanto, a efetivação dessa proposta tem sido lenta tanto quanto a priorização da violência na agenda da saúde. Em geral, violência ou termos correlatos aparecem nos currículos dos cursos de medicina em relação à criança e o adolescente e nos eventos designados como causas externas e traumas. A perspectiva social é raramente encontrada já que a educação médica prioriza a abordagem biológica do adoecimento.

A inserção do tema da violência quando encontrado geralmente se atém nas áreas clínicas e cirúrgicas e os temas correlatos também são encontrados em saúde coletiva e saúde mental; também é encontrado de modo incipiente em Gineco-Obstetrícia e Pediatria. Isto demonstra, entre outras hipóteses possíveis, que a violência e os termos correlatos aparecem em discursos considerados tradicionais, abordados de modo teórico, no terceiro e quarto anos em que as disciplinas que abordam áreas básicas já foram trabalhadas.

A alteração curricular é uma proposta viável quando o currículo é visibilizado como um processo sócio-histórico em construção permanente e veículo de uma prática que possa acompanhar a dimensão social em suas transformações, dando-lhe sentido, valor e significado particular no meio sócio-cultural para o qual se destina (SOUZA, 2008, p. 17).

Por fim, no estudo de Souza *et. al* em 2009, a partir de uma pesquisa realizada sobre a percepção dos docentes sobre o Manual sobre a violência intrafamiliar do Ministério da Saúde, abordam alguns aspectos relevantes sobre o lugar que o ocupa o tema da violência nos currículos que formam profissionais no campo da saúde.

Os autores concluem que as políticas públicas, seja de um modo geral ou na atenção/prevenção dos acidentes e violências, têm procurado enfatizar a importância da inclusão do tema da violência nos currículos de formação da saúde, mediante ao seu forte impacto na saúde.

Eles consideram que uma das formas de combater a violência é "sensibilizar, conscientizar, capacitar e formar pessoas dos demais diversos âmbitos da sociedade, mas, sobretudo, os alunos e profissionais do setor saúde, para onde convergem as vítimas desses eventos" (SOUZA *et.al*, 2009, p. 336).

## 5. Considerações finais

A prática em saúde pautada no modelo biomédico produz um afastamento excessivo entre o médico e o paciente, numa atuação que visa intervir, tratar, curar, reabilitar do ponto de vista físico. O aluno recebe todo um preparo técnico para fazer isso, visando mudar o estado físico do doente. Este modo de atuação baseada numa prática individualista marginaliza a abordagem social dos fenômenos de adoecimento que, como nos casos de violência, estão na causa do adoecer passando a requerer um olhar ampliado para prevenir e promover saúde.

A inserção da temática da violência nos currículos médicos deve procurar ocorrer em diferentes espaços que possam contemplar as políticas contra a violência à criança, ao adolescente, à mulher, ao idoso e ao deficiente. Cada um destes grupos considerados de maior risco mediante as questões estruturantes fincadas em razões sócio-históricas, tem particularidades que devem ser conhecidas pelos médicos.

## 6. Referências

ASSIS, Simone Gonçalves; CONSTANTINO, Patrícia. Violência contra crianças e adolescente: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. (et.al). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ Ed., 2003.

BARROS, José Augusto C. "Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?" In: *Saúde e Sociedade*, v. 11, nº1, p.1-11, jan-jun-2002.

DeMARCO, Mário Alfredo. "Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente". In: *Revista Brasileira da Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, nº1, P.60-72, jan-abr-2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ Ed., 2002.

\_\_\_\_\_. O atendimento as vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):81-94, 1999.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. 6ª ed. Rio de Janeiro:

Forense Universitária, 2004.

KOIFMAN, Lílían "O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Fluminense". In: *História, Ciências e Saúde*, vol. VIII (1), p.49-70, mar-jun-2001.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto. *O cuidar e a escuta: o atendimento psicológico em Saúde Pública no contexto hospitalar*. 108f. Monografia (Pós-graduação em saúde Pública). Universidade Estácio de Sá - UNESA, Campos dos Goytacazes-RJ, 2006.

\_\_\_\_\_. *Nos limites da linguagem: uma leitura das doenças psicossomáticas a luz da psicanálise lacaniana*. Universidade Estadual do Fluminense Prof. Darcy Ribeiro - UENF, Campos dos Goytacazes-RJ, 2007.

MELLO FILHO, Júlio de. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre Artes Médicas Sul, 1992. 385p.

\_\_\_\_\_. *Concepção Psicossomática: visão atual 9ª ed.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

\_\_\_\_\_. *Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

\_\_\_\_\_. A violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (sup.1): 07-18, 1994.

\_\_\_\_\_. A difícil e lenta entrada da violência na agenda da saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3); 646-647, mai-jun, 2004.

\_\_\_\_\_. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ Ed, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 13ª Ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

MINAYO, M, C de S.; SOUZA, E. R. de. "Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva". *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, M. C. de S.; Souza, E. R. de (et.al). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ Ed., 2003.

PERESTRELLO, Danilo. *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artêmio José Isper; DOSSI, Ana Paula. "Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de violência doméstica". In; *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 41(3): 472-7, 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos de (et.al). Tendência da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In; MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (et.al). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ Ed., 2003.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luzia de Carvalho. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. In: *Ciência e saúde Coletiva*, 11(sup.): 1211-1222, 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos de (et.al.). A importância da inserção da temática "Violência contra a mulher" no currículo de enfermagem. In: *Online Brazilian Journal of nursing*, v.3, n.2, 2004.

\_\_\_\_\_. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina.

In: *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 jan-mar; 16(1): 13-9.

\_\_\_\_\_. Concepções de docentes em relação ao Manual sobre violência intrafamiliar. In. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3): 329-338;2009.

VILLELA, Anna Lucia D' Abreu Hirsch. O desenvolvimento da identidade médica. In: MELLO FILHO, Júlio de. *Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.